



**ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI**

**EVDE BAKIM ALAN YATAĞA BAĞIMLI
HASTAYA BAKIM VERENLERİN ÖZ
YETERLİLİK DÜZEYİ İLE BAKIM YÜKÜ
İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hasan YÜCEKAYA

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

Adıyaman/2024

T.C.

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

EVDE BAKIM ALAN YATAĞA BAĞIMLI HASTAYA BAKIM VERENLERİN ÖZ
YETERLİLİK DÜZEYİ İLE BAKIM YÜKÜ İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hasan YÜCEKAYA

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

EVDE BAKIM ALAN YATAĞA BAĞIMLI HASTAYA BAKIM VERENLERİN ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİ İLE BAKIM YÜKÜ İLİŞKİSİ

Hasan YÜCEKAYA

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eylül/2024, Sayfa: 58

Danışman: Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

Yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu çalışma Aralık 2023 – Şubat 2024 tarihleri arasında Adıyaman Gölbaşı Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne başvuran 163 hasta ve bakım vereni ile yapılmıştır. Veri toplamada Tanıtıcı Bilgi Formu, Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz Yeterlilik Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Bulgular, SPSS 22.0 programında anlamlılık değeri $p<0.05$ esas alınarak tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma ve yüzdelik değerler), parametrik testler (Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney U Testi, Kolmogorov-Smirnow Testi, Shapiro Wilk Testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi), Pearson's Korelasyon ve Regresyon Analizi yapılarak elde edilmiştir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşları 30-63 arasında olup yaş ortalaması 49.80 ± 5.96 'dı. Bakım verenlerin tamamı ($n = 163$) kadın'dı. Çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden elde ettiği ortalama puan 47.44 ± 5.16 olup bu da bakım verme yükünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerin kendine zaman öz yeterliliği, rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam bakıma yönelik öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bakım yükü ile kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette ($r = .158$; $p<0.05$), rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve düşük şiddette ($r = .276$, $p<0.001$), bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrol öz yeterliliği arasında negatif yönde ve düşük şiddette ($r = -.206$; $p<0.05$) ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yatağa bağımlı hasta; Bakım veren; Öz yeterlilik; Bakım yükü

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY AND CARE BURDEN OF CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS RECEIVING HOME CARE

Hasan YÜCEKAYA

Department of Nursing Fundamentals

Adıyaman University, Graduate Education Institute, September/2024, Page:58

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

This study was conducted to determine the relationship between self-efficacy level and care burden in caregivers of bedridden patients. This descriptive and correlational study was conducted between December 2023 and February 2024 with 163 patients and caregivers who applied to the Home Care Unit of Adıyaman Gölbaşı State Hospital. The Demographic Information Form, the Revised Self-Efficacy Scale for Caregiving, and the Caregiver Burden Scale were used for data collection. The data were analyzed using SPSS 22.0 program with a significance level of $p < 0.05$, and descriptive statistics (mean, standard deviation, and percentages), parametric tests (Independent Samples t-test, Mann Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro Wilk test, and Kruskal Wallis Analysis of Variance), Pearson's correlation and Regression analysis were performed. The age range of the caregivers participating in the study was 30-63 years, with a mean age of 49.80 ± 5.96 years. All caregivers ($n = 163$) were female. The study found that the average caregiver burden score was 47.44 ± 5.16 , which is indicative of a moderate level of burden among caregivers. The results revealed high levels of self-efficacy among caregivers in managing their personal time, responding to challenging patient behaviors, controlling negative thoughts about caregiving, and overall caregiving. As a result of the study, a positive and very low severity ($r = .158$; $p < 0.05$), a positive and low severity ($r = .276$, $p < 0.001$), and a negative and low severity ($r = -.206$; $p < 0.05$) relationship was found between care burden and self-time self-efficacy, response self-efficacy to disturbing patient behaviours, and control self-efficacy of upsetting thoughts about care.

Keywords: Bedridden patient; Caregiver; Self efficacy; Care burden

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimin her aşamasında ve tez konusu seçimi, planlaması ve yazımı sürecinde verdiği katkı ve desteği için Sayın Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ'a, araştırmaya katılmaya onay veren hasta ve bakım vericilerine, desteğini hep hissettiğim eşim Merve Yücekaya'ya, değerli oğlum Burak Yücekaya'ya, annem Cemile Yücekaya'ya, babam Mehmet Ali Yücekaya'ya, kardeşlerime ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.



ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

(İmza)

Hasan YÜCEKAYA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	1
TABLolar DİZİNİ.....	2
1. GİRİŞ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Yatağa Bağımlı Hasta.....	1
2.2. Bakım ve Bakım Veren Kavramları	1
2.2.1. Tanım.....	1
2.2.2. Bakım verenin özellikleri.....	2
2.3. Evde Bakım	2
2.3.1. Tanım ve tarihçe.....	2
2.3.2. Evde bakımın ülkemizdeki yasal süreci	4
2.3.3. Evde bakımın hedefleri	4
2.3.4. Evde bakımın olumlu ve olumsuz yönleri.....	5
2.3.5. Evde bakım hizmetinin sınıflandırılması	6
2.3.6. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar	8
2.4. Öz yeterlilik Kavramı.....	9
2.4.1. Tanım.....	9
2.4.2. Öz yeterliliğin sınıflandırılması	9
2.4.3. Öz yeterliliği etkileyen faktörler	10
2.5. Bakım Yüğü.....	13
2.5.1. Bakım veren yükünü etkileyen faktörler	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Tekniği	20
3.5. Verilerin Analizi.....	22
3.6. Etik İzinler	22
4. BULGULAR.....	23
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	36
5.1. Sonuç	36
5.2.Tartışma.....	37
5.3. Öneriler	44
KAYNAKÇA	47
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ.....	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BVY	: Bakım Veren Yüğü
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Ort	: Ortalama
REBYÖ	: Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz Yeterlilik
SBT	: Sosyal Bilişsel Teori
Ss	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
UHK	: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
%	: Yüzde
n	: Kişi Sayısı
Ort.	: Ortalama
p	: Anlamlılık Düzeyi

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Bakım verenlere ilişkin sosyodemografik özellikler	23
Tablo 4.2. Bakım verilen hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler.....	25
Tablo 4.3. Bakım verenlerin bakım yükü ve revize edilmiş bakıma yönelik öz yeterlilik ölçeğinden ölçeğinden elde ettiği ortalama puanlar.....	26
Tablo 4.4. Bakım verenlerin ve bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bakım verme yükünün karşılaştırılması	28
Tablo 4.5. Bakım verenlerin ve bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bakıma yönelik öz yeterliliğin karşılaştırılması	32
Tablo 4.6. Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü ile bakıma yönelik öz yeterlilikleri arasındaki ilişki.....	34
Tablo 4.7. Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün bakım verme öz yeterliliğine etkisine ilişkin regresyon analizi	35

1. GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri; kronik hastalıklar, yaşlılık, özürllülük veya iyileşme sürecindeyken bakım alan bireyi evinde destekleyerek; bireylerin sosyal yaşama girmelerini, hayatlarını daha huzurlu ve mutlu bir şekilde sürdürmelerini sağlayan ve bakım vericilerin üzerindeki yükü azaltarak birey ve aileyi fizyolojik, psikolojik, sosyal ve tıbbi olarak destekleyen hizmetleri kapsar [1].

Yatağa bağımlılık; bireyin özbakımını sağlayamadığı, temel gereksinimlerini karşılayamadığı, toplumsal hayata katılamadığı ve günlük yaşam aktivitelerini bir başkasına bağımlı olarak gerçekleştirdiği durumu ifade eder [2,3]. Türk Dil Kurumu (TDK) (2023) tarafından bakım: ‘Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi’ olarak tanımlanmıştır [4]. Bakım sadece tek bir yardım ile sınırlı olmayan ve bireye fiziksel, emosyonel ve sosyal destek vermeyi de kapsayan çok yönlü bir kavramdır [5].

Bakım verici; hasta olan bireye fiziksel, duygusal, ekonomik, sosyal olarak destek sağlayan ve bireyin tıbbi tedavi sürecinde ve psikososyal iyileşme sürecinde bakımını üstlenen kişidir. Hasta bireylerin bakımını üstlenen birden çok kişi olabilir fakat bakım verme sürecinde bir kişi bakım verme işini öncelikli olarak üzerine alır. Bu şekilde hasta bakımında temel sorumluluğu üzerine alan kişi birincil bakım veren olarak adlandırılır ve bu bireyler genelde hasta bireyin profesyonel olmayan çoğunluğu kadın olan aile bireylerinden oluşur [6]

Öz yeterlilik, Bandura tarafından 1977 yılında kullanılmaya başlanan bir kavram olup “*bireyin geleceğe yönelik durumları yönetmek amacıyla gereksinimi olan hareket biçimlerini planlama ve gerçekleştirme konusunda kendi yeteneklerine olan inancı*” olarak tanımlanmıştır. Öz yeterliliğin düşük veya yüksek olması olaylar karşısında sergilenecek davranışları etkiler [7]. Düşük öz yeterlilik, depresyon çaresizlik anksiyete gibi duyguların yoğun şekilde yaşanmasına ve kişinin kendini yetersiz hissetmesine neden olur. Bireyin öz yeterliliğinin yüksek olması ise karşılaştığı olumsuz durumlarla baş etmesini ve sorunların üzerine giderek çözüme kavuşturmasına yardımcı olur [8,9]. Bu çerçevede öz yeterliliği yüksek olan bireylerin bakım verme sırasında karşılaştığı sorunlarla daha kolay baş edebileceği söylenebilir. Literatürde öz yeterlilik ile ilgili yapılan araştırma sonuçları incelendiğimizde; stresle başa çıkma tarzlarını [10] geleceğe umutla bakmayı [11], problem çözme becerisini, [12] ve bakım verme yükünü etkilediği saptanmıştır [13].

Bakım yükü kavramı ilk kez 1960'lı yılların başında Grad ve Sainbury tarafından evde yaşayan akıl hastası bireye bakım veren bireyler üzerindeki yük şeklinde ifade edilmiş ve hasta bireye bakmanın bakıcı üzerinde oluşturmuş olduğu olumsuz etki olarak tanımlanmıştır [14,15]. Bakım yükü, bakım vericinin üstlendiği sorumluluğun bir neticesi olarak psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik olumsuzluklar gibi sonuçlar nedeniyle ortaya çıkan olumsuzlukları ve bu olumsuzlukların bakım veren tarafından algılanmasını kapsayan çok boyutlu bir kavramdır [16-19].

Türkiye'de insan ömrünün uzaması ve insanlarda kronik rahatsızlıklar başta olmak üzere birçok hastalığın artmış olması nedeniyle insanların bakıma olan ihtiyacında da artış olmaktadır [1,20]. Bakım veren kişiler bakım yükü yönünden risk altında olan kişilerdir [21,22]. Bakım veren birey, bakım sürecinde ruhen ve fiziken yorgunluk, ekonomik problemler, aile ilişkilerinde bozulma, fiziksel bakımda zorluk çekme ve sağlığı ile ilişkili diğer problemler gibi sorunlarla karşılaşabilir. Bu durum bakım verme sürecinin bakım veren için zorlu bir süreç olduğunun göstergesidir [1,23,24]. Bu süreçte bakım veren bireylerin bilgi ve öz yeterlilik düzeylerini ve bakım yüklerini değerlendirmek; bakım veren bireyin bakım verme zorlukları ile etkili bir şekilde baş edebilme yöntemleri açısından önem taşımaktadır [25].

Literatür incelendiğinde yatağa bağımlı hastalara evde sürekli bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak başka gruplarda bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda öz yeterlilik düzeyinin bakım yükünü etkileyen önemli bir etmen olduğu görülmüş ve öz yeterlilik düzeyinin artmasının bakım verenin kendine ayırdığı sürenin artmasını sağladığı, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ve bakım yükünü düşürdüğü görülmektedir [5,25,27]. Bu çalışma yatağa bağımlı hastaya bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yatağa Bağımlı Hasta

Hareketsiz hastalar olarak da bilinen yatağa bağımlı hastalar, kendilerine bakamayan ve günlük yaşamda gerekli işleri yapmak için başkalarına gereksinim duyan hastalardır. İskemik ve hemorajik serebrovasküler olaylar, kronik bozukluklar, demans ve Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, kanser, kas hastalıkları (multipl skleroz, amiyotrofik lateral skleroz), solunum sistemi bozuklukları (astım, KOAH) ve ortopedik bozukluklar (pelvik kırık, osteoporoz, osteoartrit vb.) dahil olmak üzere çok sayıda durum, hareketsiz hastanın yatağa bağımlı olmasına neden olabilir [28].

Kronik hastalıklar, ileri yaş veya engellilik gibi çeşitli durumlar nedeniyle yatağa bağımlı hastalar uzun süreler boyunca bu durumda kalabilirler. Yatağa bağımlı bireyler, tıbbi bakım ve özbakımlarını tamamen veya kısmen üstlenemedikleri için başkalarının yardımına ihtiyaç duyarlar. Aile üyeleri, işe alınan bakıcılar ve/veya tıp uzmanları genellikle yatağa bağımlı hastalara bakım sağlar [29].

2.2. Bakım ve Bakım Veren Kavramları

2.2.1. Tanım

Türk Dil Kurumu [30] bakımı, bir şeyin iyi gelişmesini ve mükemmel durumda kalmasını sağlamak için yapılan iş ve bir bireyin giydirilmesi ve beslenmesi gibi temel gereksinimleriyle ilgilenme görevi olarak tanımlamaktadır. "Bakım" kelimesi İngilizce literatürde isim ve fiil olarak karşımıza çıkmaktadır. Altıok ve arkadaşlarına göre, "bakım" kelimesi isim olarak kullanıldığında kaçınma, dikkat, korunma ve kaygı anlamlarına gelebilmektedir [31]. Fiil olarak kullanıldığında ise endişelenme, ilgi duyma, merak etme, fiziksel ihtiyaçları karşılama, teselli etme ve yardım etme anlamlarına gelebilmektedir. Başka bir kaynakta bakım olgusunun beş özelliğinden bahsedilmekte olup bakımın aynı zamanda ahlaki bir yükümlülük, duygulanım, insani bir nitelik, kişilerarası bağlantı ve terapötik bir müdahale olduğu ifade edilmektedir [32].

Bakıcılar bakım vermeyi çok yönlü bir deneyim olarak görmektedir. Daha fazla samimiyet ve sevgi, kişisel gelişim, güçlü bağlar kurma, tatmin olma, başkalarından sosyal destek alma ve öz saygı gibi hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar bakım vermekten kaynaklanabilir. Yaşlı bir kişi, kronik hastalığı olan biri, engelli bir aile üyesi veya başka

bir kişi zorlandığında, strese girdiğinde ve baskı altında kaldığında bakım vermek zorlayıcı olabilir [33].

Bakıcılar, bakım vermeyi diğerk yardım biçimlerinin yanı sıra duygusal, fiziksel ve finansal desteğı de kapsayan çok yönlü bir süreç olarak görmektedir. Bakım verme formal ve informal olarak iki kategoriye ayrılır.

Formal (resmi) bakım verme: Sağlık ve kişisel bakım hizmetlerinin evde veya bir kurumda nitelikli gruplar tarafından sağlanmasıdır. Hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler, terapistler ile evde bakım asistanları genellikle evlerde resmi bakım sunan profesyonellerdir.

İnformel bakım verme: Bir bakıcı/aile üyesi tarafından uzmanlık eğitimi gerektirmeden bir yabancıya/aile üyesine sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır. İnformel bakımda bakıcılar, temel bakımın yanı sıra akut ve kronik fonksiyonel kısıtlılıklar nedeniyle ilaç uygulanması gibi sofistike uzmanlık gerektiren görevleri de yerine getirmektedir [32].

2.2.2. Bakım verenin özellikleri

İnci ve Erdem'e göre, bakım verenlerin büyük kısmını evli, çocuklu, ilköğretimini tamamlamış ve ev hanımı kadınlar oluşturmaktadır. Aynı çalışmada bakıcıların yüzde 20 ila 30'unun erkek olduğunu bildirilmektedir [33]. Ancak Russell'ın çalışmasına göre, bakım sağlayan erkeklerin sayısı her geçen gün artmaktadır. 2004 İngiltere istatistiklerine göre erkeklerin evde bakım verme düzeyinin, kadınların bakım verme düzeyine oldukça benzer olduğu söylenmektedir [34]. Ancak, bakıcılar üzerine yapılan çalışmalarda erkek bakıcılar göz ardı edilmekte ve literatürden çıkarılmaktadır. Erkek bakıcıların sayısındaki istikrarlı artışa rağmen, bu konudaki çalışma bulguları yetersizdir [35].

2.3. Evde Bakım

2.3.1. Tanım ve tarihçe

Genellikle duvarsız hastane veya ev hastanesi olarak bilinen evde bakım, nitelikli bir ekibin hastaya ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini evde sağlaması sürecidir. ABD'de evde sağlık ve bakım, evde bakım ve evde hemşirelik olarak adlandırılırken, Avrupa'da evde sağlık ve bakım ve ev ziyaretleri olarak adlandırılmaktadır [36].

Bakıma ihtiyacı olan ancak hastaneye yatırılması gerekmeyen kişilere ev ortamında sağlık hizmeti sunulması evde bakım hizmetleri olarak bilinmektedir. Sağlığı korumak ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek ve tıbbi maliyetleri düşürmek için sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerin tamamı evde bakım olarak adlandırılmaktadır [37].

Evde bakım, yaşlıların kendilerine veya aile üyelerine sağlayamadıkları ihtiyaçlarını karşılayan ve toplumdan soyutlanmadan evde bağımsız olarak yaşamalarını sağlayan bir yardım sistemi olarak da tanımlanabilir [36].

Evde bakım, bir bebeğin orada doğduğu anlayışıyla başlayabilir ve insanlar yaşlandıkça artan tıbbi bakım talebini karşılamak için de kullanılabilir. Evde bakım, Orta Çağ'da hastalığın diğer bireylere yayılmasını önlemek için de kullanılmıştır. Sanayileşmeyle birlikte sayıları artan yoksullar, hastane masraflarını karşılayamadıkları için 19. yüzyılda evde sağlık hizmeti almak istemişlerdir. Evde bakım ihtiyacı 20. yüzyılda kentleşme ve yoksul kent sakinlerinin nüfusundaki artış nedeniyle yaygınlaşmıştır [36]. Bu nedenle evde sağlık ve bakım hizmetleri, yatarak tedavi hizmetlerinin ekonomik bir ikamesidir [38].

Nüfusun hızla yaşlanması, ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların artması, teknolojinin ilerlemesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin mobilize olması, hastanın tedavisini evde ve ailesiyle birlikte alma isteği, sağlık maliyetlerinin azaltılması ve kronik hastalıklarla birlikte bakım sorunlarının artması, evde bakım ve sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde gelişmesine katkıda bulunmuştur [39].

Evde sağlık ve bakım hizmetleri sunan ekipte doktorlar, hemşireler, ebeler, psikologlar, diyetisyenler, sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanları ve fizyoterapistler yer alabilir [36, 40]. Evde sağlık ve bakım hizmetlerini sınıflandırmak için üç temel kategori kullanılabilir:

1. Bireye ihtiyaç duyduğu sosyal ve sağlık hizmetlerinin ortaklaşa sağlanması
2. Evde bakım hizmetleri söz konusu olduğunda, iki tür vardır: kısa süreli ve uzun süreli. Kısa süreli bakım tipik olarak iyileşme için en fazla 30 gün süren tıbbi bakım olarak tanımlanırken, uzun süreli bakım 6 aydan fazla süren ve hem tıbbi hem de sosyal bileşenleri vurgulayan bakımdır.
3. Aile üyelerinin ve çeşitli sağlık uzmanlarının bakımının koordine edilmesi (formal ve informal) [38].

Hem bakıma ihtiyacı olan hem de informal bakım verici birey için yaşam kalitesinin iyileştirilmesi; profesyonel tıbbi bakım, sosyal destek ağları ve gayri resmi bakıcıları içeren kapsamlı evde bakım hizmetlerinin mevcudiyetine bağlıdır.

2.3.2. Evde bakımın ülkemizdeki yasal süreci

19 Temmuz 1931 tarih ve 1852 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun (UHK) Uygulanmasına Dair 21 No'lu Emir ile ilk kez "ev ziyareti" tanımlanmıştır. Bu, ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetlerine ilişkin ilk yasal düzenlemedir.

Evde sağlık hizmetleri 2005 yılından itibaren ilk olarak bir bütün olarak sunulmaya başlanmıştır [41]. 2005 tarihli yönetmeliğe göre evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı denetiminde özel kuruluşlar tarafından verilecektir. Bu yönetmelik 2007 ve 2008 yıllarında revize edilmiştir [41].

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin maliyetinin hizmet başına ödeme mekanizması kullanılarak kamu bütçesinden karşılanacağına dair ilk beyan 2012 tarihli Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer almıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulmasına ilişkin bir yönetmelik yayımlanmıştır. Sonuç olarak, fiziksel muayenelerin, tahlillerin ve gerekli diğer tüm bakım prosedürlerinin bireyin ev ortamında gerçekleştirilmesi ve bu bireylere bakan kişilere sosyal ve psikolojik destek sunulması amaçlanmaktadır [42]. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları evde sağlık ve bakım hizmetleri sunacaktır ve bunların uygulanması ve yönetimine ilişkin yerleşik protokoller ve kılavuzlar bulunmaktadır. Devletin yeniden yapılandırılmasının yanı sıra amaç, tüm ülke vatandaşlarının yararlanabileceği bir hizmet sunmaktır [41].

2.3.3. Evde bakımın hedefleri

Evde sağlık ve ilgili hizmetlerin amacı hastanın tıbbi ihtiyaçlarına bağlı olarak değişir. Evde bakım hizmetleri, ameliyat veya akut bir hastalık sonrası ağrıyı yönetmek, tıbbi tedavi almaya devam etmek, kronik ve komorbid hastalıkları olan kişiler için bağımsızlığı ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için kullanılabilir. Yaşamlarının sonuna yaklaşan hastalar için amaç; kalan zamanlarını değerli kılmak, yaşayabilecekleri herhangi bir ağrıyı yönetmek ve birçoğunun arzu ettiği gibi yaşam sonu süreci evde geçirmelerini sağlamaktır [38].

Evde bakım hizmetlerinin amacı, bakım alan kişinin:

- Bireyselleştirilmiş ve sürekli bakım almasını
- İhtiyaç duydukları sağlık hizmetini multidisipliner bir yaklaşımla ev ortamında alabilmesini
- Aile üyeleri ve bakıcıların yaşam kalitesini artırmayı
- Bakıcının gerektiğinde sorularına yanıt verebilecek yetkili sağlık profesyonellerine erişimini sağlamasını
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sunmaya devam etmesini
- Hastane enfeksiyonlarını önlemek için hastaneye yatışları azaltmasını
- Toplum açısından ise sağlık bakım maliyetlerini azaltmayı garanti etmektir [43].

2.3.4. Evde bakımın olumlu ve olumsuz yönleri

Evde sağlık hizmetlerinin olumlu yönleri;

- Bakımın sürekliliğinin sağlanması
- Sağlık maliyetlerinin düşürülmesi
- Hastanın kendi evinin konforunda tedavi görmesine olanak tanınması
- Bireyin ailenin bir üyesi olarak kalmasına izin verilmesi
- Kişiselleştirilmiş bakımda ihtiyaçların yerinde, doğru ve hızlı bir şekilde belirlenmesi
- İyileşme sürecinin hızlandırılması, hastanede kalış süresinin kısaltılması ve hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi
- Hasta ve bakıcıya ihtiyaç duyulan konularda yerinde uygulamalı eğitim verilebilmesi
- Çalışan insanların iş yükünü hafifletmesi ve onlara zamandan tasarruf sağlaması
- Hastanın yaşam kalitesinin artırılması, hastaneden erken ayrılmasının sağlanması
- Bazı hastaların tıbbi bakıma tek erişimi olarak evde bakım hizmeti verilmesi
- Terminal dönemdeki hastaların aileleriyle birlikte palyatif bakım alabilmelerini sağlanmasıdır. [38-40, 44,45].

Evde sağlık hizmetlerinin olumsuz yönleri;

- Planlı ve ciddi bir organizasyona sahip olmak gerekir.
- Dış etkilere açık, kendi personeline ve eğitimine ihtiyaç duyan ve yönetilmesi zor bir hizmet türüdür.

- Tam zamanlı olarak bir hastayla birlikte yaşamak aile için psikolojik, sosyal ve finansal zorluklara neden olabilir.
- Ücretsiz bakıcı için, hastaya uygun bakımı vermek, ilaçlarını zamanında uygulamak, kişisel temizliğini sağlamak ve beslemek gibi rutin görevler zorlayıcı olabilir.
- Sağlık çalışanları kendilerine yabancı olan bir ortamda daha az üretken olabilirler.
- Hizmet sunan sağlık personelinin güvenliği sorunlu olabilir.
- Acil müdahaleler zorlayıcı olabilir çünkü hastaya yardım etmek için her zaman bir tıp uzmanı hazır bulunmayabilir.
- Mesai saatleri dışında uygulanması gereken tedaviler ertelenebilir.
- Tıbbi atık yönetimi zorluklara yol açabilir.
- Sağlık çalışanlarının güvenliğini tehlikeye sokabilecek durumlar ortaya çıkabilir [36, 38, 39, 45].

2.3.5. Evde bakım hizmetinin sınıflandırılması

Hizmet sağlayıcılar açısından evde sağlık ve bakım hizmetleri iki gruba ayrılmaktadır. "Resmi bakım", çeşitli alanlarda uzmanlık eğitimi almış profesyoneller veya yarı uzmanlar tarafından evde verilen bakım olarak tanımlanırken; "gayri resmi bakım", arkadaşlar ve aile tarafından verilen bakım olarak tanımlanmaktadır [46]. Ayrıca, evde bakım hizmetlerini; evde sosyal destek hizmetleri ve evde sağlık hizmetleri olarak gruplandırabileceğimiz iki temel kategoridir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında doktor ziyaretleri, fizik tedavi, hemşirelik görevleri, tıbbi ekipman ve cihazlarla ilgili hizmetler, ilaçların evlere teslimi ve psikolojik destek programları yer almaktadır. Amaç, hastaneye yatması gereken hastaların oranını azaltırken hastaların sağlık koşullarını kontrol etmek ve iyileştirmektir. Hastanın ve aile üyelerinin hastane sonrası ihtiyaçlarının yanı sıra tedavi, bakım ve yaşam standartlarının düzenlenmesini belirleyen etkili taburcu protokolleri, evde sağlık hizmetlerinin başarısı için kritik öneme sahiptir. Evde sağlık hizmetleri ekibi de bu protokollere etkin bir şekilde uymalıdır [47]. Evde destek hizmetleri; ulaşım, kişisel bakım, evde bakım ve sosyal hizmet görevlileri, bakım destek görevlileri, aile üyeleri ve din görevlileri de dahil olmak üzere destek personelinin yardımıyla ihtiyaç sahibi bireylerin gıda ihtiyaçlarının karşılanması gibi bir dizi hizmeti kapsar. Ayrıca sağlık hizmetleri dışındaki ihtiyaçlara yönelik hizmetleri de içerir. Bu kapsamda sunulan hizmetler arasında

hemşirelik, sağlık desteği, öz bakım, gıda ve beslenme, temizlik yardımı, evin daha işlevsel hale getirilmesi için düzenlenmesi, gerekli sosyal destek programlarının geliştirilmesi ve danışmanlık gibi faaliyetler yer almaktadır [48].

Evde sağlık hizmetinin kapsamına göre sınıflandırma

Kapsam bazında sınıflandırma değerlendirmesi iki alt başlık altında yapılmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri: Hem akut hem de kronik hastalıklar için tıbbi ve hemşirelik bakımı, fizyoterapi, tıbbi ekipman desteği, tıbbi ekipmanın eve teslimi ve hastaneye yatış sonrası psikolojik desteği içerir. Evde sağlık hizmeti girişimlerinin amacı, hastaneye yatış oranlarını düşürmek ve olası hastalık durumlarında hasta sağlığını iyileştirmektir [46].

Evde sosyal destek hizmetleri: Kronik hastalığı olan yaşlı ve engellilerin evlerinde sosyal ihtiyaçlarına yardımcı olan programlardır. Bu kapsamdaki faaliyetler arasında ulaşım, kişisel bakım, yaşam alanlarının düzenlenmesi, hemşirelik hizmetleri, beslenme, ev işlerine yardım, hastanın ev düzeninin hazırlanması, sosyal yardım desteği ve danışmanlık yer almaktadır [49].

Evde sağlık hizmetinin süresine göre sınıflandırma

Evde sağlık hizmetinin süresine göre sınıflandırma kendi içerisinde iki alt başlık altında değerlendirilir.

Kısa süreli sınıflandırma: Hastaya sağlanan hastane sonrası bakımdır. Bu hizmet için en fazla otuz günlük bir süre vardır. Kısa süreli bakım hizmetlerinin amacı, hastaların tedavi ve adaptasyon yoluyla mümkün olan en kısa sürede sağlığına kavuşmasına yardımcı olmaktır. Ayrıca hastalara ve ailelerine eğitim ve danışmanlık yoluyla sağlık sorunlarını yönetmenin temellerini öğretmeyi amaçlar [49].

Uzun süreli sınıflandırma: Tamamlanması altı aydan fazla sürmektedir. Sosyal ve tıbbi bakım dahildir. Uzun süreli bakım hizmetlerinin amacı, kronik hastalıklar nedeniyle sürekli bakıma ihtiyaç duyan yaşlı ve engellilerin sağlığını korumak ve onlara mümkün olduğunca bağımsız yaşayabilmeleri için gerekli bilgi ve becerileri kazandırmaktır [49].

Evde bakım hizmeti verenlere göre sınıflandırma

Evde bakım hizmeti verenlere göre sınıflandırmayı iki alt başlık altında değerlendirebiliriz.

Formal (resmi) bakım: Profesyoneller tarafından verilen hizmetleri ifade eder ve hemşirelik, danışmanlık, beslenme, fizik tedavi, diğer sağlık tedavileri, psikolojik ve sosyal destek, ev idaresi yardımı ve diğer hizmetleri kapsar [50].

İnformal (aile üyeleri/bakıcının verdiği) bakım: Türkiye'de ve dünyada bakım veren olarak genellikle aile üyeleri yatağa bağımlı hastalara evde bakım hizmeti sunmaktadır [49]. Aile üyeleri; hastanın ilaç rejiminin izlenmesi, tedavi edilmesi ve takibi gibi sağlık kontrolü ve bakımı; giyinme, beslenme, yıkanma ve tuvaleti kullanma gibi kişisel bakım ve maddi destek sağlayabilir, alışveriş ve temizlik yapabilir, hastayla birlikte yaşayabilir [50].

2.3.6. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar

Aile üyelerinin yatağa bağımlı hastalara evde ve hastanede bakım sağlaması artık normal bir bakım türü olarak kabul edilmektedir. Hem bakıma ihtiyacı olan yatağa bağımlı hasta hem de onun ihtiyaçlarıyla ilgilenen bakıcılar bakım verme sürecini zorlu bir süreç olarak görmektedir [51]. Ailelerin giderek çekirdekleştiği ve kadınların daha fazla sayıda çalıştığı bir geçiş toplumu olan Türkiye'de, ücretli işlerde çalışan kadınların aynı zamanda evde eş ve annelik yükümlülüklerini ve sorumluluklarını yerine getirdikleri açıktır. Bu kadınlar kendi istek ve arzuları ile başkalarının yükümlülükleri arasında bir denge kurmak zorunda kalmakta, "bakım yükü" ve "bakım stresi" yaşamaktadır.

Yatağa bağımlı kişilerin birincil bakıcıları olan kişiler için fiziksel, psikolojik, duygusal ve mali sorunlar ortaya çıkabilir. Baş ağrısı, kaslarda ağrı, iştah kaybı, yeme düzeninde bozulma, sürekli yorgunluk, uyku bozuklukları vb. fiziksel sorunlara örnek olarak verilebilir. Bakım verenler arasındaki sağlık sorunlarının, bakıcı olmayanlarınkinden daha fazla olduğu bildirilmiştir [51]. Bakıcılarla ilgili psikolojik sorunlar arasında yorgunluk, bitkinlik, gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk, stres, umutsuzluk ve benzerleri yer almaktadır [52]. Sonuç olarak, bakıcılar artan oranda ilaç kullanmaktadırlar. Yatağa bağımlı bir hastaya sürekli bakım sağlamak, bakıcının sosyal hayatını etkilemekte ve arkadaşlıklarını, ailevi ve mesleki bağlarını sarsmaktadır. Böylece, bakıcı insanlarla etkileşime girmemekte ve kendini yalnız hissetmektedir. Yatağa bağımlı hastanın veya bakıcının kişisel gelirin veya sağlık sigortasının olmaması da bakıcıların karşılaştıkları maddi zorlukların nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bakıcılar, bakım vermenin birden fazla yönü olduğunu düşünmektedir. Çünkü bakım sağlamak hem avantajları hem de dezavantajları olan bir olgudur. Bakım sağlamak zor olsa da bakıcı bunu bir ödül olarak da görebilir [52]. Faydaları arasında daha derin bir

bağ ve sevgi, bakım sağlamada bir amaç keşfetme, kişisel gelişim, yakın ilişkiler kurma, memnuniyet ve başkalarından sosyal destek alma sayılabilir. Ailenin bütünlüğünü sağlayan faydalar arasında bakım verme görevini yerine getirdiği için başkaları tarafından kabul görme, samimiyet ve sevgi içinde büyüme, kendine saygı duyma, bakım alanın bakım ve desteğine karşılık verdiği ve sevgisini gösterdiği için kendine tatmin duygusu verme, çözülmemiş sorunları ve duyguları çözme, yardımcı olma, akrabalık ilişkilerini geliştirme ve başkalarının sorunlarına karşı anlayışlı olma da yer almaktadır [53].

2.4. Öz yeterlilik Kavramı

2.4.1. Tanım

Kişinin gelecekteki durumlarla başa çıkmak için gerekli eylem planlarını organize etme ve yürütme kapasitesine ilişkin beklentiler, algılanan öz yeterlilikten kaynaklanır. İnsanların öz yeterlilikleri duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri üzerinde etkilidir. Bilişsel, duygusal, duyuşsal ve seçim sistemleri bu farklı sonuçlardan sorumludur [54].

Aynı zamanda öz yeterlilik, kişinin kendi yetenekleri ve zorlu durumlarda bu yetenekleri kullanma kapasitesine ilişkin inancı ile de ilgilidir. Öz yeterliliğin özü, ne yapabileceğini düşünmek değil, ne yapacağını düşündürmektir. Öz yeterlilik inancı nedensellik anlamına gelmez. Maddux'a [55] göre öz yeterlilik, belirli bir hedefi gerçekleştirmek ya da harekete geçmek için duyulan arzu anlamına gelmediği gibi, öz değer, dürtü, motivasyon ya da hükmetme ihtiyacı anlamına da gelmez.

2.4.2. Öz yeterliliğin sınıflandırılması

Öz yeterlilik, bireylerin belirli görevleri veya durumları başarılı bir şekilde gerçekleştirme konusundaki inançlarını ifade eden önemli bir psikolojik kavramdır. Bu kavram, bireylerin motivasyonunu, öğrenme süreçlerini, performanslarını ve genel olarak yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilir. Albert Bandura tarafından geliştirilen sosyal bilişsel teori çerçevesinde öz yeterlilik, bireylerin kendi yeteneklerine olan inançlarını nasıl geliştirdiklerini ve bu inançların davranışlarını nasıl şekillendirdiğini açıklar. Öz yeterlilik, farklı bağlamlarda ve alanlarda ele alınarak incelendiğinde, bireylerin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemede ve destekleyici stratejiler geliştirmede büyük bir rol oynar [56].

İnsan işleyişinin yeterliliğe olan inançtan etkilendiği dört temel psikolojik süreç çok fazla vurgu yapılmıştır. Bu süreçler; bilişsel süreçler, yeteneklerin öz

değerlendirmesinin kişisel hedeflerin seçimi üzerindeki etkisi; motivasyonel süreçler, insanların kendileri için belirledikleri standartlar, harcadıkları çaba miktarı ve azim; duygusal süreçler, riskli durumlarda stres ve depresyon derecesi ve başa çıkma mekanizmalarına olan inanç; seçim süreçleri, insanların seçtikleri davranışlar ve ortamlar ile ilişkilendirilmiştir [54].

2.4.3. Öz yeterliliği etkileyen faktörler

Uсталık deneyimi

İnsanların başarısız olduklarında hayal kırıklığına uğramamaları için olumsuz koşulların üstesinden azimle gelmeleri gerekir. Yeteneklerine güvenen insanlar zorlu koşullara dayanır ve başarısızlıklardan sonra toparlanırlar [54].

Dolaylı deneyimler

Bu kavram, izlemenin ergen davranışları üzerinde etkisi olduğunu öne sürer. İnsanlar kendilerini başkalarında gördüklerine göre değerlendirirler. Deneyime dayalı öz yeterlilik, gözlem yoluyla öğrenilenden daha güvenilirdir. Bu durumda, kişinin yaptığı işin ortaya çıkardığı başarı nedeniyle olumsuz bir etki söz konusu değildir. Öz yeterliliği geliştirmenin ve başarısızlıkla başa çıkmayı öğrenmenin bir yöntemi de başarısızlığı kabul etmektir [57].

Sözel ikna

Öz yeterlilik inançlarının gelişimini destekleyen üçüncü yöntem sosyal iknadır. Bir kişinin performansı hakkında geri bildirim veya bir temsilci tarafından sağlanan bilgi, öğrenme ve başarı üzerinde etkisi olan değerlendirme biçimleri olarak kabul edilir. Başlangıçtaki başarıya ilişkin olumlu yorumlar, öz yeterliliği düşük kişilerin düzeltilmesi gereken eksiklikleri olduğunu yeniden teyit edebilir ve bu da bir dizi davranışı tetikleyebilir [58].

Fizyolojik uyarılma

Anksiyete, stres tepkileri, gerginlik ve heyecan, zayıflık ve başarısızlık belirtileriyle karıştırılabilecek semptom ve duygulardan sadece birkaçıdır. Fizyolojik uyarılma, öz yeterlilik inançlarının üzerine inşa edildiği son kaynaktır. Çoğu zaman kaygı, ellerin

terlemesi veya ağzın kuruması olarak tasvir edilir. Bu tür belirtiler, kişilerin bir görevi başarıyla tamamlamaktan aciz olduklarına inanmalarına neden olabilir. Öte yandan, kişiler yeni bir durumla karşılaşmadan önce kendilerini rahat hissettiklerinin bilincinde olabilir ve üstesinden gelmeleri gereken zorluğa karşı daha büyük bir etkililik hissine sahip olabilirler [59].

2.2.4. Öz yeterliliğin kuramsal arka planı

Çeşitli görevler için hem yüksek hem de düşük öz yeterliliğe sahip olmanın yanı sıra, bir kişinin bir görevi düzgün bir şekilde tamamlama becerisi öz yeterlilik için çok önemlidir. Özgüven ya da özsaygı ile karşılaştırıldığında, kavranması daha kolay bir kavramdır [60].

Yeterlilik inançları; düşünceleri, duyguları ve başa çıkma stratejilerini etkiler. Uсталık bilgisi, belirgin bir etkililik duygusu oluşturmak için en etkili tekniktir. İnsanlar hemen sonuç almayı bekler ve yalnızca büyük başarılarla karşılaştıklarında hayal kırıklığına uğrarlar. Sosyal modellerin sağladığı dolaylı uzmanlık, etkililik beklentilerinin oluşturulması ve desteklenmesi için ikinci önemli yöntemdir. Modellerin eylemleri ve sonuçları, kendilerinden önemli ölçüde farklı kişisel yeterlilik inançlarına sahip kişiler üzerinde daha az etkiye sahiptir. Sosyal ikna, başarıya ulaşmak için neyin gerekli olduğunu düşünmeyi sembolize eden üçüncü bir stratejidir [61].

Sosyal bilişsel teori

Stanford'lu ünlü psikolog Albert Bandura, davranışçı ve sosyal öğrenme teorisini birleştirerek yıllar süren temel araştırmalarını tanımlamak için "Sosyal Bilişsel Teori" (SBT) terimini ortaya atmıştır. Örneğin, öz-düzenleyici süreçler SBT'de kullanılır ve davranışı anlama ve/veya değiştirme konularına girer [62]. Bandura (1991) ve Locke ve Latham'a (1990) göre, SBT'de algılanan öz yeterlilik önemlidir çünkü diğer belirleyiciler üzerindeki etkisi yoluyla davranışı dolaylı olarak etkiler. İlham ve öz-yönlendirmenin önemli bir bilişsel işlevi, hedef belirleme ve kişinin kendi performansına değerlendirici yanıt verme yoluyla kişisel meydan okuma yoluyla kendi kendini etkileme becerisidir. Faaliyete kendi kendine yatırım, hedef adaptasyonu ile teşvik edilir. İnsanlar değerli hedeflere bağlandıklarında, bu hedeflere ulaşmaktan öz tatmin ararlar ve vasatın altındaki sonuçlardan tatmin olmayarak çabalarını artırır. Motive edici sonuçlar, hedeflerin

kendisinden değil, ulaşılan hedeflere dayalı olarak yapılan öz değerlendirmeden kaynaklanır [63].

Sosyal öğrenme teorisi

Başkalarıyla iletişim yoluyla gelişen bir teoridir. Bandura'ya göre 1997'de, başkalarının nasıl davrandığını gözlemleyerek rutin davranışları edinen kişiler, teşvik edici gözlemlerinin bir sonucu olarak bu eylemleri taklit edeceklerdir. Bandura hipotezine göre öz yeterlilik, öngörülen davranışsal sonuçlara neden olmaz; daha ziyade bunları nedensel olarak değiştirir. Öz yeterlilik perspektiflerinin karar verme, sosyal, bilişsel ve motivasyonel sistemler üzerinde çeşitli etkileri vardır. Etkililik değerleri iyimser ya da kötümser bir bakış açısını, güçlü ya da zayıf bir görüşü temsil eder. Performans hedefleri ve hedef engelleri motivasyonun öz düzenlemesinde çok önemlidirler [64].

Benlik kavramı teorisi

Benlik Kavramı Teorisi, benlik kavramının insan işleyişindeki önemine odaklanan bir çalışma bütünüdür. Hem öz yeterlilik hem de benlik kavramı, farklı düzeylerde ve disiplinler arasında akademik başarıyı öngören önemli motive edici yapılardır, ancak alan hassasiyeti ve korelasyonu yöneten analitik kurallar ve prosedürler izlendiğinde daha iyi performans gösterirler [65].

Atıf teorisi

Atıfların pek çok anlamı vardır, ancak genel anlamı, kendimizin ve başkalarının davranışlarının ardında ne olduğunu yorumlamanın ve açıklamanın içsel (düşünme) ve dışsal (konuşma) yöntemidir. Sonuç olarak, atıf teorisinin birçok biçimi olmasına rağmen, her ikisi de bireylerin olayları algılamak, değerlendirmek ve karşılık vermek için kanıtları "nasıl" ve "ne zaman" yorumladıklarıyla ilgilidir [66]. Ayrıca, öz yeterliliğin davranışı belirlemede ve değiştirmede kilit bir faktör olduğu bulunmuştur. Davranış geliştirme stratejilerinde, öz yeterlilik hedefleri potansiyel başarıyı veya hayal kırıklığını öngörür [66].

Pozitif psikoterapi yaklaşımı (Seligman ve Arkadaşlarının pozitif psikoterapisi)

Seligman ve arkadaşları tarafından, hantal "mutluluk" kavramını incelemek için kullanılabilecek, bilimsel olarak yönetilebilir üç bileşen önerilmiştir. Hedonik Mutluluk teorileri keyifli yaşama odaklanır. Geçmiş, bugün ve gelecekle ilgili pek çok iyi şey hissetmeyi ve bu duyguların gücünü ve kalıcılığını artıracak yetenekler geliştirmeyi gerektirir. İkinci olarak, Meşgul Yaşam'a göre, akış ve bağlılığı artırmanın bir yöntemi, insanların en büyük yeteneklerini ve güçlü yönlerini kullanma şansı bulmalarına yardımcı olmaktır. Seligman'ın The Meaningful Life (Anlamlı Yaşam) adlı fıkırinde, anlam arayışı üçüncü "mutlu" yaşamın bir bileşenidir. Bu, kişinin eşsiz niteliklerini ve yeteneklerini, kendisinden daha büyük olduğunu düşündüğü bir çabayı desteklemek ve ona hizmet etmek için kullanmasını gerektirir. Siyaset, din, aileler, topluluklar ve uluslar da dahil olmak üzere bu türden pek çok "pozitif kurum" vardır. Ayrıca, pozitif psikoterapi danışanları terapi boyunca kendilerine özgü yeteneklerini fark etmeleri için desteklenir ve teşvik edilir. Danışanlar, terapinin başlangıcına yakın bir zamanda en büyük karakter güçleri hakkında gerçek bir hikaye paylaşarak kendilerini tanımlamaya davet edilirler [67].

2.5. Bakım Yüğü

"Yük" terimi, bakıcının bakım sağlarken katlandığı olumsuz sonuçları tanımlamak için kullanılmıştır. Mc Elroy'a [68] göre yük, literatürde psikolojik ıstırap, sağlık sorunları, mali zorluklar, aile ilişkilerinde sorunlar ve çaresizlik hissi gibi hem öznel hem de nesnel sonuçlar olarak tanımlanmaktadır.

Bakıcı rolünü üstlenenler genellikle aile üyeleridir; resmi olarak tanınan herhangi bir hizmet sunmadıkları için literatürde bu kişiler "gayri resmi bakıcılar" ve "bakıcı aile üyeleri" olarak anılmaktadır [69]. Hasta yakınlarının yükü, aile üyelerinin hasta bakımı sağlarken karşılaştıkları zihinsel, fiziksel, sosyal ve mali sorunları da içerir [70].

Araştırmalardaki en büyük endişelerden biri, bakıcıların ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları gibi görünmektedir [71]. Bakım alan kişi kadar bakım veren kişi üzerinde de etkileri olduğundan, bakım verenlerin yaşadığı olumsuz deneyimlere sağlık politikalarında özel bir önem verilmelidir. Verilen bakımın kalitesi ve bakıcının yaşam kalitesi, depresif semptomlar, stres, depresyon, anksiyete ve bakım süreciyle ilişkili psikoaktif ilaçların kullanımından olumsuz etkilenmektedir [72,73]. Bu olumsuz sonuçlarla yakından bağlantılı olduğu için bakım verme konusundaki anahtar fikirlerden biri de yüküdür [35].

Araştırmalar, anksiyete ve depresyon belirtilerinin bakım yükünün bir sonucu olarak ortaya çıktığını ve zaten var olan anksiyete ve depresyonun bakım yükünü daha da ağırlaştırdığını göstermektedir [74].

Konuyla ilgili ölçek geliştirme çalışmaları 1970'lerde başlamış olsa da, bir kavram olarak bakıcı yükü 1960'lardan beri araştırılmaktadır. Ölçek oluşturma araştırmalarına paralel olarak, yük kavramlarının kapsamlı bir analizi başlamış ve 2002 yılına kadar 17 ölçek geliştirilmiştir [69]. Mevcut ölçeklerin diğer dillere ve kültürlere uyarlanmasına odaklanıldığı, 2002 yılından sonra yapılan ölçek geliştirme araştırmalarından anlaşılmaktadır. Bu ölçeklere ek olarak, 2003 yılında Gräsel, Chiu ve Oliver tarafından 28 maddelik bir "aile bakıcıları için yük ölçeği" oluşturulmuştur. Daha sonra aynı ölçek 10 maddeye kısaltılmıştır [75].

Araştırmalar, daha önceki raporlarda iki boyutlu olduğu belirtilmesine rağmen, bakıcı yükünün tek boyutlu olmadığını ortaya koymuştur. Bakıcının bakım sağlama deneyimine karşı davranışları ya da duygusal tepkisi öznel yük olarak kabul edilirken, ilk bileşen hane halkının ve bakıcının hayatının birçok bölümündeki değişiklikleri ya da aksaklıkları kapsayan nesnel yüküdür. Dışarıdan bakıldığında nesnel yük, hastanın hastalığının ailenin yaşamında neden olduğu rahatsızlıkların yanı sıra aktivite kısıtlamaları, farklı yardım ve görevler için harcanan zaman miktarı ve mali kaynaklarla ilişkilidir. Öznel yük, aile üyelerinin duygusal durumları, fiziksel sağlıkları, mali durumları ve çalışma ortamlarını nasıl algıladıkları gibi şeylerle ilgili stres düzeyi olarak tanımlanır. Hem bakıcının refahını hem de alınan bakımın kalitesini etkileyen kilit faktörlerden birinin öznel yük olduğu kabul edilmektedir [76,77].

Çalışmaların sayısı arttıkça ölçek geliştirme araştırmalarında daha güçlü geçerlilik ve güvenilirlik teknikleri uygulanmış ve yükün alt boyutları fikri daha kapsamlı bir şekilde ortaya çıkmıştır. Ölçek geliştirme araştırmaları ilerledikçe, bakım sağlamanın yaşamın birçok yönünü etkilediği gerçeğini dikkate almak için çok boyutlu ölçek yapıları önerilmiştir. Ölçeklerin çok boyutlu olmasının, alt ölçeklerin hesaplanmasının ve birbirleriyle korelasyon göstermelerine izin verilmesinin ne kadar önemli olduğunun altı çizilmiştir. Novak ve Guest bu kaygıları gidermek için "bakım yükü envanterini" oluşturmuştur [69]. Envanter, yükün çok boyutlu doğasını aydınlatmış ve beş boyutunu belirlemiştir [78]. Bunlar aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

Zaman-bağımlılık yükü

Bakım veren kişinin, bakım verme sürecinde hastalığın doğasıyla ilgili sorunlar nedeniyle zamanının kısıtlı olduğunu ve diğer işleri ya da kendisini tamamlayamadığını hissetmesinin getirdiği stresin yanı sıra, kendine olan güveni nedeniyle hastaya yönelik potansiyel risklere karşı sürekli tetikte olma zorunluluğunun getirdiği stres algılanan yüküdür.

Gelişimsel yük

Bakım vermenin bir sonucu olarak akranları arasında olmaları gereken yerde olmadıkları algısından kaynaklanan ağırlıktır. Farklı gelişimsel rol ve görev beklentileri olan bireylere bakım verme sorumlulukları nedeniyle hayatı tam olarak deneyimleyememe duygusunun yanı sıra akranlarına kıyasla beklentileri konusunda umutsuz olma duygusunu da ifade eder.

Fiziksel yük

Bakım veren bireyin bakım sürecinden dolayı kronik yorgunluk ve fiziki sağlığı ile ilgili bozulma duygularını ifade eder.

Sosyal yük

Bakıcının çatışan roller hissini aktarır. Bakıcı kendisine değer verilmediğini hisseder ve önemli aile üyeleriyle bakım sürecini nasıl yürüteceği konusunda gerginlik yaşar. Aynı zamanda, birey iş ve kişiler arası iletişim için zaman ve enerji eksikliği algılayabilir.

Duygusal yük

Bakım verenin hasta hakkındaki olumsuz düşüncelerini ve toplumda kabul görmedikleri için duydukları suçluluk duygusunu ifade eder.

Bakıcı yükü üzerine yapılan araştırmalar, yükün hasta ve bakıcının sosyodemografik özellikleri, hastanın işlevselliği, hasta ve bakıcının kişisel özellikleri, baş etme mekanizmaları, sosyal destek alma, depresyon, psikolojik ve öznel iyi olma hali, maddi durum ve bakım süresi gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermiştir [35].

2.5.1. Bakım veren yükünü etkileyen faktörler

Bakım verenin yaşı

Bazı çalışmalarda, bakım verenin ileri yaşlarda olmasının, bakım veren yüküyle ilişkisinin olduğu bulunmuştur [79,80]. Yapılan bazı araştırmalarda ise, bakım veren bireyin genç yaşta olmasının, bakım veren yükü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [81]. Daha genç yaştaki bakım veren bireylerin, aktif olarak bir işte çalışmalarının, bu yükü ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Orta yaşlı veya daha yaşlı bakım veren bireylerin ise, çoğunluğunun aktif bir şekilde bir işte çalışmaması, çalışıyor olsalar da diğer yaş gruplarına oranla hayatlarında daha fazla süreli çalışmaları, işverenlerin bakım verdikleri için işe gitmedikleri günleri daha ılımlı bir şekilde karşılamaları gibi nedenlerden ötürü hissedebilecekleri yükün daha az olabileceği ifade edilmiştir [82]. Hope ve arkadaşları daha genç yaştaki bakım verenlerin, kendi eş ve çocuklarının sorumlulukları ve işle ilgili sorumluluklarından dolayı daha çok yük altında hissedebileceklerini belirtmiştir [83].

Bakım verenin cinsiyeti

Bakım verme işini çoğunlukla eşler üstlenmektedir. Ailede, yaşlı bireyin primer bakım vericisine karar verme, geleneksel değerlere dayanmakta ve genellikle kız çocukları olmaktadır. Eşleri, hayat boyu ev halkına bağlı kadın akrabalar, gelin, erkek veya kız çocuğu, diğer akraba ile akraba olmayan kadınlar izlemektedir. Yapılan çalışmalarda, primer bakım verenlerin çoğunun, ortalama 40-59 yaşlarında ve evli kadınlar olduğu belirlenmiştir [84]. Birçok araştırmada, bakıcı kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık problemi ve depresif semptomları olduğu bulunmuştur [85,86]. Almberg ve arkadaşları kadın ve erkek bakım verenleri karşılaştırmış ve bakım veren yükünün farklı şekillerini yaşadıklarını belirlemiştir. Erkek bakım verenlerde yük algısı çoğunlukla, daha az takdir görme ve daha fazla sosyal desteğe gereksinim duyma olarak öne çıkarken, kadın bakım verenlerdeki yük algısıysa, aile üyeleri ile olan ilişkilerin bozulması ve sağlık durumlarının kötüleşmesi olarak ortaya çıkmaktadır.[85].

Miller ve Calfasso, 14 çalışmayı inceledikleri bir meta-analiz çalışmasında kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre %20 oranında daha fazla yük yaşadıklarını belirlemişlerdir. Ayrıca kadın cinsiyetin, bakım veren yükü ve depresyonuyla birincil derecede ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [87]. Literatürde, bakım veren yükünde cinsiyet özelliklerinin önemli olmadığını gösteren çalışmalar da vardır [88].

Bakım verenin hasta ile yakınlığı

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, bakım veren eşler ve bakım veren erişkin çocukların bakım vermesiyle ilgili geniş bir bilgi birikimi olsa da halen hangi tür bakım vermenin, hasta veya bakım veren açısından daha faydalı olabileceğine dair yeterli sonuca ulaşılamamıştır. Bakım veren yükü açısından, bakım verenin hasta ile yakınlığı konusunda hala belirsizlikler olmasına rağmen bazı çalışmalar, bakım veren eşlerin daha fazla bakım veren yüküyle karşılaştıkları sonucuna ulaşmıştır [79-81,89]. Bazı çalışmalarda, bakım veren erişkin çocukların daha fazla yük hissettikleri belirtilmiştir [90,91]. Bir grup çalışmada ise bakım veren eş ya da erişkin çocukların, bakım veren yükü açısından anlamlı fark göstermediği sonucuna ulaşılmıştır [92,93].

Van den Wijngaert ve arkadaşları tarafından, demans başlangıcıyla birlikte, daha pasif, içe dönük ve daha az iletişim kuran bir eş olmanın yarattığı problemlerden çok, bakım veren eş için, tamamen değişmiş bir eş ilişkisinin ve bununla baş etmenin daha zor olduğu vurgulanmıştır [94]. Bakım veren eşlerin cinsiyet rollerinin, bakım veren yüküyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, bakıcı eş kadın bireyse, evlilik ilişkisindeki yoldaşlık ve yakınlık duyma duygusunda azalma hissi oluşuyorsa, bakım verici olarak daha az tatmin olmakta, lakin bu tatminsizlik duygusu, bakım verenin erkek olduğu eşlerde ya da erişkin çocuklarda oluşmamaktadır [95].

Hayes ve arkadaşları yaptığı çalışmasında, bakım veren erkek eşlerin kadınlara göre, evlilik hayatlarındaki değişikliği daha az hissettikleri bulgusuna ulaşılmıştır. Bakım veren kadın eşler, kendilerini eş olmaktan daha çok bakıcı gibi görmekteyken, Bakım veren birey erkek eşler olduğunda, kendilerini eş rolünde görmeye devam etmektedirler [96].

Hope ve arkadaşları bakım veren eşlerin, bakım veren erişkin çocuklara göre, kendilerini bakım verme işine daha çok adadıklarını saptamıştır. Bunun evlilik ilişkisi içerisinde, eşlerin birbirlerine destek ve yardımcı olmaya daha alışkın olmaları, erişkin çocukların ise kendi ebeveynlerine bakım vermeye alışkın olmamalarından dolayı, daha çok bir bakıcı gibi hissetmeye başlamalarına bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir [83].

Bakım verebilecek bir eşin yokluğunda, bakım verme işi en çok erişkin kız çocukları tarafından üstlenilmektedir. Erişkin kız çocuğu olmayan kişilerin bakımını ise, oğullarından çok gelinleri üstlenmektedir. Erişkin kız çocuklarının erkek çocuklara göre bakım verme işine ayırdıkları zaman, yılda ortalama 356.6 saat daha fazladır [97].

Bakım veren erişkin kız ve erkek çocuklardaki bakım veren yükü karşılaştırıldığında, erişkin kız çocukların erişkin erkek çocuklara göre daha fazla duygusal

yük hissettikleri gözlenmiş, erkek çocukların kendilerini bakım verme işinden daha kolay uzak tutabilme yeteneklerinin, daha az yük hissetmelerine neden olabileceği ileri sürülmüştür [98].

Erişkin çocukların, bakım vermek zorunda olmayan arkadaşlarına ya da aile üyelerine karşı, daha fazla kıskançlık duygusu hissettikleri gösterilmiştir. Erişkin çocuklar için bakım verme, yeni bir rol olarak daha zor benimsenmekte, bakım verme dışında, kendi aileleri ve işleri ile ilgili sorumluluklarının da yük algısında artışa neden olabileceği vurgulanmaktadır [99].

Bakım verme süresi

Bakım veren yükünü etkileyen özelliklerden bir diğeri de bakım verme süresidir. Bakım verme süresi arttıkça, bakım veren yükünde artış olmaktadır [100]. Bakım verme işine günlük olarak harcanan zaman da bakım verme yükü ile ilişkili bulunmuştur [101].

Bakım verenin çalışma durumu

Lee ve arkadaşları çalışan ve aynı zamanda bakım verenlerde, sadece çalışan veya sadece bakım veren bireylere oranla daha fazla depresif semptom görüldüğünü belirtmiştir [102].

Lopez ve arkadaşları ev dışında çalışan ve aynı zamanda bakım verenlerin, bakım verme açısından daha az tatmin yaşadıklarını belirtmişlerdir [103].

Birçok kadın hem çalışıp hem bakım vermeyi zorlayıcı olarak değerlendirmektedir. Rosenthal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin bir kısmının, evden uzaklaşıp çalışma şansları olmasaydı, kendilerini yalıtılmış ve mahkûm gibi hissedecekleri bilgisine ulaşmışlardır [104].

Rands erkekleri de dahil ettiği çalışmasında, benzer sonuçlara ulaşmış, ev dışında çalışıyor olmanın, erkekler için de bakım veren yükünü azalttığını bildirmiştir [105]. Ev dışında çalışan ve aynı zamanda bakım veren kadınların, genel sağlık durumunun daha iyi olduğu gösterilmiştir [106]. Kadınlar ev dışında çalışmıyor olsalar bile, sosyal olarak daha aktiflerse daha az yük hissedip daha az depresif semptomlar göstermişlerdir [107].

Bakım verenin ekonomik durumu

Bakım verenler için bir yerden sonra bakım vermeyi sürdürmek imkansız hale gelebilmektedir. Bakım verenlerin %50'si çalıştıkları süreyi azaltmakta, %18'i işi terk etmektedir [108]. Bir çalışmada, bakım verenin gerçek gelir düzeyinden çok, kendi sosyoekonomik düzeyini öznel olarak iyi, orta ya da kötü olarak tanımlamasının, bakım veren yüküyle daha çok ilgili olduğu gösterilmiştir [109].

Bakım verenin baş etme stratejileri

Bakım verenlerin baş etme stratejilerinin, bakım veren yükünü algılama şekilleri üzerinde etkisi vardır. Almborg ve arkadaşları bakım veren yüküyle baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi tanımlamışlardır. Duygu odaklı baş etme, majör zorlayıcı duygular üzerinde durur. Problem odaklı baş etme ise, majör zorlayıcının neden olduğu elle tutulur sonuçlar üzerinde durarak, bu gerçeklikle yüzleşme olarak özetlenebilir. Kadınlar daha çok duygu odaklı baş etme yöntemini kullanırken, erkekler ise daha çok problem odaklı baş etme yöntemlerini kullanmaktadır. Baş etme stratejileri arasında, problem odaklı baş etme ya da karışık baş etme stratejilerinin en etkin olduğu gösterilmiştir [85].

Mausbach ve arkadaşları çalışmalarında, bakım veren yaşlı eşler tarafından kullanılan kaçma-kaçınma şeklindeki baş etme stratejilerinin, hastada davranışsal ve depresif semptomların daha sık ortaya çıkmasına neden olduğunu saptamışlardır [110].

Bakım verenin öz yeterliliği de bakım veren yükünü etkilemektedir. Bir çalışmada, öz yeterliliğin bakım veren yükünü algılama üzerinde bağımsız bir etken olduğu gösterilmiştir. Yüksek öz yeterliliği olan ve kendilerine daha çok zaman ayıran bakım verenlerin, daha az yük yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu gösterilmiştir [111].

Hastalık özellikleri

Hastalara bakım verenlerdeki bakım veren yükünü etkileyen hastalıkla ilişkili faktörler; kognitif yetersizlikler, fonksiyonel yetersizlikler, davranışsal ve psikiyatrik belirtilerin olması, sayısı ve şiddetidir [111].

Günlük yaşamsal aktiviteler

Günlük yaşamın temel aktiviteleri, kişinin özbakımı ile ilgili giyinme, yıkanma, yemek yeme, tuvaletini yapma, tıraş olma gibi aktiviteleri kapsar. Günlük yaşamın enstrümantal aktiviteleri ise, daha üst düzey beceri gerektiren yemek yapma, telefon veya araç kullanma, kişinin finansal durumunu takip etmesi ya da bir işte çalışması gibi aktivitelerden oluşur.

Reed ve arkadaşları çalışmalarında, daha iyi fonksiyonel becerilere sahip hastalara bakım verenlerin, daha az bakım yüküyle karşılaştıklarını belirlemişlerdir. Bakım veren yükü açısından, günlük yaşam aktivitelerinin, hastalık şiddeti ve bakım için harcanan zamandan daha belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir [112].

Nöropsikiyatrik belirtiler

Birçok çalışmada, nöropsikiyatrik belirtilerin varlığının, bakım veren yükünü belirleyen en önemli faktör olduğu bildirilmiştir [113]. Bakım verenlerde en çok yük oluşturan belirtilerin, psikotik belirtiler, agresyon ve bağırma gibi yıkıcı davranışlar olduğu vurgulanmıştır [114-116].

Farklı araştırmalarda spesifik nöropsikiyatrik belirtilerin, bakım veren yüküyle daha yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir. Agresyon, ajitasyon ve gece dolaşma gibi belirtiler bakım veren yüküyle ve depresyonuyla yakın ilişkili bulunmuştur [86,117].

Allegri ve arkadaşları; halüsinasyonlar, anormal motor davranışlar ve anormal gece davranışlarının bakım veren yüküyle daha çok ilişkili olduğu, apati ve depresyon gibi belirtilerin daha sık görülmesine rağmen bakım veren yükünü etkilemediklerini belirtmişlerdir [118].

Nöropsikiyatrik belirtiler ile bakım veren yükü ve depresyonu arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen, bu ilişkinin iki yönlü olabileceğine dair hipotezler de ortaya atılmıştır. Bakım veren yükünün ve depresyonunun daha fazla olduğu bakım verenler, daha sabırsız, sinirli olabilmekte ve hastalarda daha fazla nöropsikiyatrik belirti olduğunu bildirme eğiliminde olabilmektedir. Sink ve arkadaşlarının yürüttüğü, bakım veren özelliklerinin hastalardaki nöropsikiyatrik belirtilerle olan ilişkisini araştırdıkları, 5788 hasta ve bakım vereni içeren çalışmalarında, nöropsikiyatrik belirtileri ve davranışsal sorunları daha fazla olan hastalara bakım veren grupta, daha fazla bakım veren yükü ve daha çok depresyon görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmada aynı zamanda daha genç yaşta olan bakım verenlerin yaşça büyük olanlara kıyasla daha fazla nöropsikiyatrik semptoma sahip oldukları bildirilmiştir [119]. Araştırmacıların ulaştıkları

bu sonuç, bir diğ er çalışmada elde edilen genç ve eğitimsiz bakım verenlerin bakım verdikleri hastalarda, yaşlı ve daha eğitimli bakım verenlere oranla daha fazla nöropsikiyatrik belirti görülmesi bulgularıyla tutarlılık göstermiştir [120].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Yatağa bağımlı hasta bireylere evde sürekli bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılan bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır. Öz yeterlilik ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirli bir evrende ve zaman diliminde incelemek için tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde Gölbaşı Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne başvuran 212 takipli hastanın bakım verenleri ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek veri toplama formları ile verilerin toplanması şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde bulunan Gölbaşı Devlet Hastanesi'nin Evde Bakım Birimi'ne başvuran 212 yatağa bağımlı hastanın bakım verenleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz yeterlilik Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği uygulanarak tüm evrene ulaşılması planlanmıştır.

İlgili ilçede aktif olarak en az 6 aydır bakım vermekte olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, yatağa bağımlı hastaya bakım verme karşılığında herhangi bir ücret almayan (bakım yardımı aylığı hariç), 18 yaşında ya da üzerinde olan ve herhangi bir iletişim engeline sahip olmayan tüm bakım verenler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada en düşük örneklem seçimi için G Power 3.1.9.7. programı kullanılarak 0,30 etki büyüklüğü, 0,05 hata payı, 0,95 güç ve % 95 güven aralığı ile araştırma örnekleme 137 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya toplam 163 bakım veren dahil edilmiştir.

Araştırmadan dışlama kriterleri ise ücretli bakım verenler ve bakım verme süresi 6 aydan az olanlar oluşturmıştır.

3.4. Veri Toplama Tekniği

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin seçilme nedeni yazında kabul görmüştüğü [121] ve araştırma katılımcılarının fazla vaktini almadan öz yeterlilik düzeyini ve bakım verme yükünü ölçme imkânı sağlamasıdır [122].

Araştırmada ‘Gönüllü Katılım Formu (EK1)’, ‘Tanıtıcı Bilgi Formu (EK2)’ ve 2 farklı ölçek kullanılmıştır. Kullanılan ölçekler ‘Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz yeterlilik Ölçeği (EK3)’ ve ‘Bakım Verme Yüğü Ölçeği (EK4)’dir.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Bakım verenlerin kişisel özellikleri ve hastanın genel durumu, yaş, cinsiyet, kilo, boy, tıbbi tanısı, eğitim durumu, gelir durumu, engel durumu, sosyal güvencesi, sigara kullanımı ile ilgili bilgileri elde etmek amacı ile araştırmacı tarafından literatür [123-125] doğrultusunda 29 sorudan oluşturulmuştur.

Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz Yeterlilik Ölçeği

Bakıma Yönelik Öz Yeterlilik Ölçeği Zeiss ve arkadaşları tarafından 1999 yılında bakım veren bireylerin öz bakım öz yeterliliği ile problem çözme öz yeterliliğini incelemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan 22 maddenin, bakım veren bireylerin problem çözme öz yeterliliğini net olarak değerlendiremediği sonucuna ulaşıldığı için ölçek yenilenmiştir. Ölçeğin yeni hali; Steffen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında demans hastasına bakım verenlerin öz yeterliliğini ölçmek için 18 madde olarak oluşturulmuştur [122]. Özgül (2020) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekte yer alan üç alt boyutta, bakım verenlerin “Kendine Zaman Öz Yeterliliği” (5 madde, min 0-maks 500 puan), “Rahatsız Edici Hasta Davranışlarına Karşı Yanıt Öz Yeterliliği” (8 madde, min:0, maks:800 puan) ve “Bakım Hakkındaki Üzücü Düşüncelerin Kontrolü Öz Yeterliliği”ni (5 madde, en az:0, en fazla:500 puan) değerlendiren maddeleri içermektedir. Ölçek “0” puandan (bakıcı verilen aktiviteyi yaparken hiç kendine güvenmiyor) “100” puana (bakıcı aktiviteyi yaparken kesinlikle kendine güveniyor) kadar puanlanmaktadır. Toplam puanlar 0-1800 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse bakım verenin bakım verme sürecindeki özgüveni de o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alfa değeri 0.82’dir [126]. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0.78 bulunmuştur.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Bakım ihtiyacı

olan bireye veya yaşlıya bakım veren bireylerin yaşamış olduğu stresi değerlendirebilmek amacı ile kullanılan bir ölçektir. Bakım veren bireyin kendisi veya araştırmayı yapan kişi tarafından araştırma soruları sorularak ölçek doldurulabilmektedir. Ölçekte 22 madde bulunmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Minimum 0, maksimum 88 puan alınabilen ölçekte bulunan maddeler genel olarak duygusal ve sosyal alanla ilgili olup ölçekten alınan puanının yüksek olması yaşanan yükün yüksek olduğunu göstermektedir. Geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa Değeri 0.95 olarak belirlenmiştir [124]. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0.84 bulunmuştur.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan iki parametrelili değişkenlere yönelik karşılaştırmalar için bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma uymayanlara yönelik karşılaştırmalar için Mann Whitney U testi, normal dağılıma uyan ikiden fazla parametrelili değişkenlere yönelik karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi ve Post-Hoc (Tukey LSD) analizleri, normal dağılıma uymayanlar için Kruskal Wallis-H testi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Pearson's korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.6. Etik İzinler

Çalışmaya başlamadan önce katılımcılardan gönüllü katılım formu ile bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onay alınmıştır (Ek 1).

Araştırmanın uygunluğu ile ilgili Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan 01/11/2023-462 tarih ve karar sayılı gerekli izin alınmıştır (Ek 4).

Araştırmada verilerinin toplanmasında kullanılacak ölçekler için yazarlardan ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 5).

Araştırmanın uygulanabilmesi için Adıyaman Gölbaşı Devlet Hastanesi Başhekimliğinden izin alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşları 30-63 arasında olup yaş ortalaması 49.80 ± 5.96 bulundu. Boyları 154-169 cm arasında değişmekte olup boy ortalaması 159.70 ± 2.61 cm, kilosu 58-85 arasında olup kilo ortalaması 72.16 ± 6.07 kg bulundu. Bakım verenlerin tamamı ($n = 163$; %100) kadın bulundu. Çalışmaya katılan bakım verenlerin 157'si (%96.4) evli olup 160'ının (%98.2) çocuğu vardı. Çalışmaya katılan bakım verenlerin 86'sı (%52.8) okuryazar iken 53'ü (%32.5) ilk-ortaöğretim mezunu, 1'i (%0.6) lise mezunu bulundu. Bakım verenlerin %14.1'i ise okuryazar değildi. Bakım verenlerin 109'unun (%66.9) geliri giderine denk iken 54'ünün (%33.1) geliri giderinden az bulundu. Bakım verenlerden 58'inin (%35.6) kronik hastalığı vardı. Çalışmaya katılan bakım verenlerden 45'i (%27.6) sigara kullandığını belirtmiştir. Bakım verenlerin %98.2'si hastanın evde bakımı hakkında eğitim aldığını bildirmiştir. Hastanın evde bakımı hakkında eğitim aldığını ifade eden 160 bakım verenden 118'i bu eğitimi hemşireden, 42'si (%26.3) ise doktordan aldığını ifade etmiştir. Bakım verenlerden 71'i (%43.6) hastanın gelini, 67'si (%41.1) çocuğu, 9'u (%5.5) kardeşi, 8'i (%4.9) anne-babası, 6'sı (%3,7) eşi iken 2'si de (%1,2) diğer yakınlarından birisi olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerden 72'si (%44.2) 4-6 yıldır, 69'u (%42.3) 7 yıl ve daha fazla süredir, 22'si de (%13.5) 1-3 yıldır bakım verdiğini bildirmiştir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin 160'sı (%98.2) bakımı kendi evinde, 3'ü (%1.8) hasta/yaşlı bireyin evinde bakım vermektedir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin 160'ı (%98.2) günlük 8 saatten fazla, 3'ü (%1.8) ise 8 saatten az bakım verdiğini ifade etmiştir. Bakım verenlerin tamamı (%100) bakımda kendilerine yardımcı olan birisinin olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. *Bakım verenlere ilişkin sosyodemografik özellikler*

Yaş (Ort.±ss)	49.80±5.96
Boy (Ort.±ss)	159.70±2.61
Kilo (Ort.±ss)	71.16±6.07
	n/%)
Cinsiyet	
Kadın	163 (100)
Erkek	0 (0.0)
Medeni Durum	
Evli	157 (96.4)
Bekar	3 (1.8)
Dul	3 (1.8)
Çocuk	
Var	160 (98.2)
Yok	3 (1.8)

[Tablo 4.1. (Devam) Bakım verenlere ilişkin sosyodemografik özellikler]

Eğitim	
Okuryazar değil	23 (14.1)
Okuryazar	86 (52.8)
İlk-Ortaöğretim	53 (32.5)
Lise	1 (0.6)
Çalışma Durumu	
Çalışmıyor	163 (100)
Çalışıyor	0 (0.0)
Gelir Durumu	
Gelir giderden az	54 (33.1)
Gelir gidere denk	109 (66.9)
Kronik Hastalık	
Var	58 (35.6)
Yok	105 (64.4)
Sigara	
Evet	45 (27.6)
Hayır	118 (72.4)
Hastanın Evde Bakımı Hakkında Eğitim	
Evet	160 (98.2)
Hayır	3 (1.8)
Evde Bakım Hakkında Eğitimi Kimden Aldınız?	
Doktor	45 (27.7)
Hemşire	118 (72.3)
Bakım Verilen Hastaya Yakınlık Düzeyi	
Eşiyim	6 (3.7)
Anne-babasıyım	8 (4.9)
Çocuğuyum	67 (41.1)
Gelinliyim	71 (43.6)
Kardeşiyim	9 (5.5)
Diğer (Hala, Teyze)	2 (1.2)
Bakım Verme Süresi	
1-3 yıl	22 (13.5)
4-6 yıl	72 (44.2)
7 yıl ve üzeri	69 (42.3)
Bakım Verilen Yer	
Hasta/yaşlı bireyin evinde	3 (1.8)
Kendi evimde	160 (98.2)
Günlük Bakım Verme Süresi	
8 saatten az	3 (1.8)
8 saatten fazla	160 (98.2)
Bakımda Yardımcı Olan Kimse	
Var	163 (100)
Yok	0 (0.0)
Yardım Türü	
Parasal yardımlar	6 (3.7)
Randevular	2 (1.2)
Fiziksel bakımda yardım	42 (25.8)
Ev temizliği	4 (2.5)
Diğer (Alışveriş, geçici bakım, yardımcı ekipman)	109 (66.8)

Çalışmaya katılan bakım verenlerden 39'unun (%23.9) bakım verdiği hastanın/yaşlının tanısı HT+DM+Felç, 33'ünün (%20.2) HT+DM+Kalp hastalığı, 22'sinin (%13.2) SVO, 18'inin (%11) kanser (CA), 16'sının (%9.8) tetra felç, 9'unun (%5.5)

böbrek hastalığı, 7'sinin (%4.3) Alzheimer, 5'inin (%3.1) Parkinson, 4'ünün (%2.6) HT+DM, 10'unun (%6.1) da diğer bulundu. Bakım verilen hastaların yaş ortalaması 80.52 ± 7.92 , boy ortalaması 166.88 ± 8.60 cm, kilo ortalaması 75.95 ± 7.71 kg bulundu. Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin bakım verdikleri hastaların cinsiyetlerine göre durumu incelendiğinde bakım verilen hastalardan 93'ünün (%57.1) kadın, 70'inin (%42.9) ise erkek olduğu görülmüştür. Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerden 85'inin (%52.1) bakım verdiği hasta okuryazar, 59'unun (%36.2) okuryazar değil, 19'unun (%11.7) ise ilk-ortaöğretim mezunu olduğu bulundu. Bakım verilen hastalardan 84'ünün (%51.5) geliri giderinden az, 79'unun (%48.5) geliri giderine denk bulundu. Bakım verilen hastaların tamamının (%100) sosyal güvencesi vardı. Bakım verilen hastaların 7'si (%4.3) sigara içmekte iken 156'sı ise (%95.7) sigara içmemektedir. Bakım verilen hastaların 145'inin (%89) fiziksel, 6'sının (%3.7) zihinsel engeli var iken 12'sinin (%7.4) ise diğer başka bir engeli var bulunmaktaydı. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bakım verilen hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler

Bakım Verilen Hastanın Tanısı	
Tetra felç	16 (9.8)
Parkinson	5 (3.1)
HT+DM+Felç	39 (23.9)
SVO	22 (13.5)
Alzheimer	7 (4.3)
CA	18 (11.0)
HT+DM+Kalp Hastalığı	33 (20.2)
Böbrek hastalığı	9 (5.5)
HT+DM	4 (2.6)
Diğer (Multiple Skleroz, Amyotrofik Lateral Skleroz)	10 (6.1)
Hastanın Yaşı (Ort.±ss)	80.52±7.92
Hastanın Boyu (Ort.±ss)	166.88±8.60
Hastanın Kilosu (Ort.±ss)	75.95±7.71
	n/(%)
Hastanın Cinsiyeti	
Kadın	93 (57.1)
Erkek	70 (42.9)
Bakım Verilen Hastanın Eğitim Durumu	
Okuryazar değil	59 (36.2)
Okuryazar	85 (52.1)
İlk-Ortaöğretim	19 (11.7)
Bakım Verilen Hastanın Gelir Durumu	
Gelir giderden az	84 (51.5)
Gelir gidere denk	79 (48.5)
Bakım Verilen Hastanın Sosyal Güvencesi	
Var	163 (100)
Yok	0 (0.0)

[Tablo 4.2. (Devam) Bakım verilen hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler]

Bakım Verilen Hastanın Sigara İçme Durumu	
Var	7 (4.3)
Yok	156 (95.7)
Bakım Verilen Hastanın Engeli	
Fiziksel	145 (89.0)
Zihinsel	6 (3.7)
Diğer (Anksiyete, Epilepsi)	12 (7.3)

Bakım verenlerin bakım verme yüklerini belirlemek için kullanılan ölçekten elde edilebilecek olan puanlar 0-88 arasında değişmektedir. Puanlardaki artış bakım verme yükünün arttığını göstermektedir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin BVY ölçeğinden elde ettiği ortalama puan 47.44 ± 5.16 olup bu da bakım verme yükünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyini belirlemek için kullanılan ölçek kendine zaman öz yeterliliği, rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği ve bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir alt boyuttan elde edilen ortalama puanlar dikkate alındığında bakım verenlerin kendine zaman öz yeterliliği, rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam bakıma yönelik öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bakım verenlerin bakım yükü ve revize edilmiş bakıma yönelik öz yeterlilik ölçeğinden elde ettiği ortalama puanlar

		N	Min.	Maks.	Ort.	Ss (±)
Bakım Yükü		163	36.00	38.00	47.44	5.16
Öz Yeterlilik	Kendine Zaman Öz yeterliliği	163	360.00	500.00	405.09	30.67
	Rahatsız Edici Hasta Davranışlarına Karşı Yanıt Öz yeterliliği	163	500.00	760.00	633.92	50.50
	Bakım Hakkındaki Üzücü Düşüncelerin Kontrolü Öz yeterliliği	163	260.00	430.00	370.12	39.48
	Toplam Öz yeterlilik	163	1150.00	1580.00	1409.14	85.68

Bakım verenlerin yaşı ile bakım verme yükü arasında ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Bakım verenlerin medeni durumuna göre bakım verme yükleri karşılaştırıldığında bekar

olan bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün diğerlerine göre daha yüksek, evli olanların ise diğerlerine göre daha düşük olduğu görülse de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocuğu olan bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün çocuğu olmayanlardan daha düşük olduğu görülse de çocuğu olan ve olmayanlar arasında bakım verme yükü açısından fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün gelir durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda gelir durumunun algılanan bakım verme yükünde farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Kronik rahatsızlığı olan ve olmayan bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükleri karşılaştırıldığında kronik rahatsızlığı olan bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Sigara kullanan ve kullanmayan bakım verenler arasında algılanan bakım verme yükü açısından farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda sigara kullanma durumunun algılanan bakım yükünde farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Evde bakım hakkında eğitim alan ve almayanlar arasında algılanan bakım yükü açısından farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda evde bakım hakkında eğitim almadığını ifade eden bakım verenlerin algıladığı bakım yükü daha yüksek bulunsada gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu çalışma sonucunda evde bakım eğitimini hemşireden aldığını ifade eden bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün evde bakım eğitimini doktordan alanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bakım verenlerin bakım verene yakınlıklarına bağlı olarak algıladıkları bakım verme yükünde farklılık olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis-H testi sonucunda bakım verene yakınlığın algılanan bakım verme yükünde anlamlı farklılığa neden olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U test sonucunda farklılığın hastanın eşi, anne-babası ve diğer yakını olanlar ile çocuğu ve kardeşi olanlar arasında olduğu, hastanın eşi, anne-babası ve diğer yakını olanlarda algılanan bakım verme yükünün anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün bakım verme süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis-H testi sonucunda bakım verme süresinin bakım verme yükünde farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakımı verdikleri yere bağlı olarak algıladıkları bakım verme yükünde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda hasta/yaşlı bireyin evinde bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün daha yüksek olduğu

saptansa da gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin günlük bakım verme süresine göre algıladıkları bakım verme yükleri karşılaştırıldığında 8 saatten az bakım verenlerin algıladığı bakım verme yükü daha yüksek bulunsada gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p>0.05$). Hastanın yaşı ile bakım verenin algıladığı bakım verme yükü arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışma sonucunda erkek hastaya bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün kadınlara bakım verenlere göre daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastanın eğitim durumuna göre bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U test sonucunda farklılığın ilk-ortaöğretim mezunu olan hastalara bakım verenler ile okuryazar ve okuryazar olmayan hastalara bakım verenler arasında olduğu, ilk-ortaöğretim mezunu olan hastalara bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastanın gelir durumuna göre bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü karşılaştırıldığında geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün geliri giderinden az olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hastanın sigara içme durumunun bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı saptandı ($p>0.05$). Hastanın engel durumunun bakım verenin algıladığı bakım verme yükünde farklılığa neden olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda zihinsel engeli olan kişiye bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü daha yüksek bulunsada gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bakım verenlerin ve bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bakım verme yükünün karşılaştırılması

	BVY	P
Yaş	$r = -.001$	.988*
Medeni Durum		
Evli	47.33±5.20	.329**
Bekar	51.66±2.30	
Dul	48.66±3.51	
Çocuk		
Var	47.36±5.17	.154***
Yok	51.66±2.30	
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	46.61±5.41	.149***
Gelir gidere denk	47.85±5.01	

[Tablo 4.4. (Devam) Bakım verenlerin ve bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bakım verme yükünün karşılaştırılması]

Kronik Hastalık		
Var	48.50±5.19	.043***
Yok	46.85±5.08	
Sigara		
Evet	47.40±5.29	.949***
Hayır	47.45±5.14	
Hastanın Evde Bakımı Hakkında Eğitim		
Evet	47.36±5.17	.134***
Hayır	51.66±2.30	
Evde Bakım Hakkında Eğitimi Kimden Aldınız?		
Doktor	46.04±3.53	.020***
Hemşire	47.83±5.58	
Bakım Verilen Hastaya Yakınlık Düzeyi		
Eşiyim	51.16±2.99	.001**
Anne-babasıyım	53.50±2.07	
Çocuğuyum	46.37±4.91	
Geliniyim	47.36±5.32	
Kardeşiyim	46.66±3.90	
Diğer	54.00±0.00	
Bakım Verme Süresi		
1-3 yıl	47.81±5.77	.324**
4-6 yıl	46.88±4.08	
7 yıl ve üzeri	47.89±5.94	
Bakım Verilen Yer		
Hasta/yaşlı bireyin evinde	51.66±2.30	.154***
Kendi evimde	47.36±5.17	
Günlük Bakım Verme Süresi		
8 saatten az	51.66±2.30	.154***
8 saatten fazla	47.36±5.17	
Hastanın Yaşı	-.046	.560*
Hastanın Cinsiyeti		
Kadın	46.81±4.49	.075***
Erkek	48.27±5.87	
Bakım Verilen Hastanın Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	47.10±5.03	.009**
Okuryazar	46.96±5.42	
İlk-Ortaöğretim	50.63±3.00	
Bakım Verilen Hastanın Gelir Durumu		
Gelir giderden az	46.61±5.17	.036***
Gelir gidere denk	48.31±5.04	
Bakım Verilen Hastanın Sigara İçme Durumu		
Var	46.00±4.58	.454***
Yok	47.50±5.19	
Bakım Verilen Hastanın Engeli		
Fiziksel	47.56±5.16	.230**
Zihinsel	48.16±6.58	
Diğer (Anksiyete, Epilepsi)	45.58±4.46	

* Pearson's korelasyon analizi; ** Tek Yönlü Varyans Analizi, *** Bağımsız örneklem t testi

Bakım verenlerin yaşı ile kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette ($r = .182$; $p = .020$) ilişki saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle bakım verenlerin yaşı arttıkça kendine zaman öz yeterlilik düzeyleri de anlamlı şekilde artmaktadır. Bakım verenlerin medeni durumlarının bakıma yönelik öz yeterlilik algılarında farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya çıkarabilmek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Post-Hoc (Tukey LSD) analizi sonucunda farklılığın bekar olan bakım verenler ile evli ve dul bakım verenler arasında olduğu, bekar olan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin evli ve dul olanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Çocuğu olan ve olmayan bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyleri karşılaştırıldığında çocuğu olan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ve genel olarak bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin çocuğu olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bakım verenlerin gelir durumuna bağlı olarak bakıma yönelik öz yeterlilik düzeylerinde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda geliri giderine denk olan bakım verenlerin kendine zaman öz yeterliliğinin geliri giderinden az olanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kronik rahatsızlığı olan ve olmayan bakım verenler arasında bakıma yönelik öz yeterlilik algısı açısından farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Sigara kullanan ve kullanmayan bakım verenler arasında bakıma yönelik öz yeterlilik açısından farklılık olup olmadığını saptamak için yapılan t testi sonucunda sigara kullanmayan bakım verenlerin kendine zaman, rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü ve toplam bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin sigara içenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Hasta bakımı hakkında eğitim alan ve almayan bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyleri karşılaştırıldığında hasta bakımı hakkında eğitim alanların bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta bakımı hakkında eğitim almayanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hasta bakımına yönelik eğitimin alındığı kişiye göre bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik algıları karşılaştırıldığında hasta bakımına yönelik eğitimi doktoran alan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz

yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta bakımı hakkındaki eğitimi hemşirelerden alan bakım verenlere kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin bakım verme süresine göre bakıma yönelik öz yeterlilik algıları karşılaştırıldığında bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinde ve toplam öz yeterlilik düzeyinde gruplar arasında farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U test neticesinde bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğindeki ve toplam öz yeterlilik düzeyindeki farklılığın 1-3 yıldır bakım verenler ile 4-6 yıldır ve 7 yıl ve daha uzun süredir bakım verenler arasında olduğu, 1-3 yıldır bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeylerinin bakım verdikleri yere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda kendi evinde bakım veren bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta/yaşı bireyin evinde bakım verenlere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeylerinin günlük bakım verme süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda günlük 8 saatten fazla bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta/yaşı bireyin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanın yaşı ile bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastanın cinsiyetine göre bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyleri karşılaştırıldığında kadın hastalara bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin erkek hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanın eğitim durumuna göre bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyleri karşılaştırıldığında bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin hastanın eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0.05$). Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu ortaya çıkarmak için yapılan Mann Whitney U test sonucunda okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ilk-ortaöğretim mezunu hastalara bakanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin rahatsız edici hasta davranışları karşı yanıt öz yeterliliği düzeyinin geliri giderinden az olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek

olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bakım verilen hastanın sigara içme durumuna göre bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların engel durumuna göre bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyleri karşılaştırıldığında rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği ve bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği alt boyutları ile toplam bakıma yönelik öz yeterlilik algısında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Post-Hoc (Tukey LSD) analizi sonucunda fiziksel ve diğer engeli olan hastalara bakım verenlerin rahatsız edici hasta davranışlarına yanıt öz yeterliliğinin, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ve toplam bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin zihinsel engelli hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bakım verenlerin ve bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bakıma yönelik öz yeterliliğin karşılaştırılması

	Kendine Zaman	Rahatsız Edici Hasta Davranışlarına Karşı Yanıt	Bakım Hak. Üzücü Düşüncelerin Kontrolü	Toplam Öz yeterlilik
Yaş	$r = .182$; $p = .020^*$	$r = .050$; $p = .523^*$	$r = .072$; $p = .361^*$	$r = .128$; $p = .104^*$
Medeni Durum				
Evli	405.60±30.95	634.20±49.91	371.08±39.13	1410.89±85.04
Bekar	386.66±5.77	600.00±86.60	306.66±5.77	1293.33±75.05
Dul	396.66±28.86	653.33±50.33	383.33±20.81	1433.33±60.27
	$p = .511^{**}$	$p = .409^{**}$	$p = .016^{**}$	$p = .055^{**}$
Çocuk				
Var	405.43±30.85	634.56±49.82	371.31±38.86	1411.31±84.56
Yok	386.66±5.77	600.00±86.60	306.66±5.77	1293.33±75.05
	$p = .295^{***}$	$p = .241^{***}$	$p = .005^{***}$	$p = .018^{***}$
Gelir Durum				
Gelir giderden az	397.40±24.89	629.44±49.23	370.92±38.66	1397.77±85.90
Gelir gidere denk	408.89±32.61	636.14±51.20	369.72±40.05	1414.77±85.40
	$p = .024^{***}$	$p = .427^{***}$	$p = .856^{***}$	$p = .234^{***}$
Kronik Hastalık				
Var	409.31±39.55	626.72±62.19	363.44±40.93	1399.48±113.29
Yok	402.76±24.35	637.90±42.53	373.80±38.36	1414.47±65.72
	$p = .193^{***}$	$p = .177^{***}$	$p = .109^{***}$	$p = .286^{***}$
Sigara				
Evet	393.33±23.06	616.22±57.57	359.55±46.46	1369.11±102.28
Hayır	409.32±32.08	640.67±46.03	374.15±35.88	1424.40±73.33
	$p = .002^{***}$	$p = .005^{***}$	$p = .034^{***}$	$p = .000^{***}$

[Tablo 4.5. (Devam) Bakım verenlerin ve bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bakıma yönelik öz yeterliliğin karşılaştırılması]

Hastanın Evde Bakımı Hakkında Eğitim				
Evet	405.43±30.85	634.56±49.82	371.31±38.86	1411.31±84.56
Hayır	386.66±5.77	600.00±86.60	306.66±5.77	1293.33±75.05
	p = .295***	p = .241***	p = .005***	p = .018***
Evde Bakım Hakkında Eğitimi Kimden Aldınız?				
Doktor	412.38±24.67	634.54±42.72	394.52±27.15	1441.42±49.36
Hemşire	402.96±32.51	634.57±52.29	363.05±39.14	1400.59±91.77
	p = .090***	p = .995***	p = .000***	p = .005***
Bakım Verme Süresi				
1-3 yıl	394.54±29.23	602.72±68.39	340.45±46.44	1337.72±115.30
4-6 yıl	402.77±24.04	635.13±37.97	378.33±38.52	1416.25±68.49
7 yıl ve üzeri	410.86±36.04	642.60±52.29	371.01±33.78	1424.49±80.88
	p = .064**	p = .005**	p = .000**	p = .000**
Bakım Verilen Yer				
Hasta/yaşlı bireyin evinde	386.66±5.77	600.00±86.60	306.66±5.77	1293.33±75.05
Kendi evimde	405.43±30.85	634.56±49.82	371.31±38.86	1411.31±84.56
	p = .295***	p = .241***	p = .005***	p = .018***
Günlük Bakım Verme Süresi				
8 saatten az	386.66±5.77	600.00±86.60	306.66±5.77	1293.33±75.05
8 saatten fazla	405.43±30.85	634.56±49.82	371.31±38.86	1411.31±84.56
	p = .295***	p = .241***	p = .005***	p = .018***
Hastanın Yaşı	r = .105; p = .181*	r = -.147; p = .062*	r = .093; p = .237*	r = -.006; p = .940*
Hastanın Cinsiyeti				
Kadın	406.55±29.77	627.95±42.97	375.59±34.71	1410.10±79.70
Erkek	403.14±32.01	641.85±58.44	362.85±44.27	1407.85±93.60
	p = .483***	p = .082***	p = .041***	p = .869***
Bakım Verilen Hastanın Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	414.40±36.30	636.10±38.86	375.59±32.17	1426.10±71.51
Okuryazar	399.41±24.65	626.35±51.56	372.82±40.52	1398.58±87.12
İlk-Ortaöğretim	401.57±30.59	661.05±67.97	341.05±44.83	1403.68±112.55
	p = .013**	p = .023**	p = .002**	p = .159**
Bakım Verilen Hastanın Gelir Durumu				
Gelir giderden az	404.76±31.64	624.40±45.15	373.80±37.15	1402.97±80.55
Gelir gidere denk	405.44±29.81	644.05±54.10	366.20±41.70	1415.69±90.87
	p = .888***	p = .013***	p = .220***	p = .345***
Bakım Verilen Hastanın Sigara İçme Durumu				
Var	385.71±17.18	614.28±11.33	361.42±70.57	1361.42±85.32
Yok	405.96±30.89	634.80±51.41	370.51±37.85	1411.28±85.34
	p = .088***	p = .294***	p = .553***	p = .132***
Bakım Verilen Hastanın Engeli				
Fiziksel	406.13±31.29	637.24±50.69	369.31±39.31	1412.68±84.28
Zihinsel	388.33±34.30	585.00±55.04	341.66±56.00	1315.00±134.57
Diğer (Anksiyete, Epilepsi)	400.83±17.81	618.33±28.86	394.16±15.05	1413.33±43.13
	p = .337**	p = .024**	p = .021**	p = .022**

* Pearson's korelasyon analizi; ** Tek Yönlü Varyans Analizi, *** Bağımsız örneklem t testi

Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü ile bakıma yönelik öz yeterlilik algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi sonucunda bakım yükü ile kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette ($r = .158$; $p < 0.05$), rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve düşük şiddette ($r = .276$, $p < 0.001$), bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrol öz yeterliliği arasında ise negatif yönde ve düşük şiddette ($r = -.206$; $p < 0.05$) ilişki saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü ile bakıma yönelik öz yeterlilikleri arasındaki ilişki

			Öz Yeterlilik				
			Bakım Verme Yükü	Kendine zaman öz yeterliliği	Rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği	Bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği	Toplam Öz yeterlilik
Öz Yeterlilik	Bakım Verme Yükü	r	1				
		p	1				
		n	163				
		r	.158*	1			
		p	.044				
		n	163	163			
		r	.276**	.426**	1		
		p	.000	.000			
		n	163	163	163		
		r	-.206**	.312**	.053	1	
Öz Yeterlilik	Kendine zaman öz yeterliliği	p	.008	.000	.499		
		n	163	163	163	163	
		r	.125	.753**	.767**	.604**	1
		p	.113	.000	.000	.000	
		n	163	163	163	163	163
Öz Yeterlilik	Rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği	r					
		p					
		n					
		r					
		p					
		n					
		r					
		p					
		n					
		r					
Öz Yeterlilik	Bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği	p					
		n					
		r					
		p					
		n					
		r					
		p					
		n					
		r					
		p					
Öz Yeterlilik	Toplam Öz yeterlilik	n					
		r					
		p					
		n					
		r					
		p					
		n					
		r					
		p					
		n					

Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün bakım verme öz yeterliliği üzerine etkisini belirlemek için yapılan regresyon analizi sonucunda algılanan bakım yükünün bakım verme öz yeterliliği alt boyutlarından kendine zaman öz yeterliliği, rahatsız edici hasta davranışlarına yanıt ve bakım hakkındaki düşüncelerin kontrolündeki değişimi anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün bakım verme öz yeterliliğine etkisine ilişkin regresyon analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	T	B	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	P
Bakım Yüğü	<u>Kendine Zaman Öz yeterliliğı</u>	2.028	1.329	.025	.019	4.113	.044
	<u>Rahatsız Edici Hasta Davranışlarına Yanıt</u>	3.646	2.260	.076	.071	13.292	.000
	<u>Bakım Hakkındaki Üzücü Düşüncelerin Kontrolü</u>	-	-	.047	.041	7.890	.006
		2.809	1.380				
	Toplam Öz yeterlilik	1.505	1.285	.014	.008	2.265	.134

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün orta düzeyde olduğu görülmüştür.
- Bakım verenlerin yaşı ile algıladıkları bakım yükü arasında ilişki saptanmamıştır.
- Evde bakım eğitimini hemşireden aldığını ifade eden bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün evde bakım eğitimini doktordan alanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastanın eşi, anne-babası ve diğer yakınlarının algıladığı bakım verme yükünün, hastanın çocuğu ve kardeşi olanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.
- İlk-ortaöğretim mezunu olan hastalara bakım veren bakım verenlerde algılanan bakım yükünün anlamlı okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün geliri giderinden az olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.
- Bu çalışma sonucunda bakım verenlerin kendine zaman öz yeterlilik düzeyinin en yüksek, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ise en düşük olduğu görülmüştür.
- Bakım verenlerin yaşı ile bakıma yönelik öz yeterlilik alt boyutlarından kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette ilişki saptanmıştır.
- Çocuğu olan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ve genel olarak bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin çocuğu olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hasta bakımı hakkında eğitim alanların bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta bakımı hakkında eğitim almayanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

- Geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin rahatsız edici hasta davranışları karşı yanıt öz yeterliliği düzeyinin geliri giderinden az olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çalışma sonucunda bakım yükü ile kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette, rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve düşük şiddette, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrol öz yeterliliği arasında ise negatif yönde ve düşük şiddette ilişki saptanmıştır.

5.2.Tartışma

Bakım verme yükü ve öz yeterlilik arasındaki ilişki, özellikle uzun süreli ve yoğun bakım verme süreci geçiren bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir dinamik olarak öne çıkmaktadır. Bakım verme yükü, genellikle bakım veren kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal kaynaklarının yoğun bir şekilde kullanılması anlamına gelir ve bu durum, bakım verenin genel yaşam tatmini ve özsaygısını etkileyebilir. Bu bağlamda, öz yeterlilik algısı, bireyin kendi yeteneklerine ve problem çözme kapasitesine olan inancını ifade eder. Bakım verme yükünün artması, öz yeterlilik algısını olumsuz yönde etkileyebilir; çünkü bakım verenler kendilerini yetersiz, tükenmiş veya başarısız hissettiklerinde, öz yeterlilikleri de zedelenebilir. Bu ilişki, bakım verenlerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlıkları üzerinde önemli sonuçlar doğurabilir ve etkili bir destek mekanizması oluşturulması gerekliliğini vurgular. Bakım verme sürecinde öz yeterliliği artırmaya yönelik stratejiler geliştirmek hem bakım verenlerin hem de bakım verdikleri bireylerin genel yaşam kalitesini iyileştirebilir.

Literatür tarandığında, yatağa bağımlı hastalara evde sürekli bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, diğer gruplarda bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, öz yeterlilik düzeyinin bakım yükünü etkileyen önemli bir faktör olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmalar, öz yeterlilik düzeyinin artmasının bakım verenlerin kendilerine ayırdıkları süreyi artırdığını, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini ve bakım yükünü azalttığını göstermektedir [5,25,27]. Bu çalışma, yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin öz yeterlilik düzeyi ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamız sonucunda yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerde bakım yükünün orta-yüksek düzey arasında olduğu görülmüştür [127-129].

Bakım verenlerin yaşı ile algıladıkları bakım yükü arasında ilişki saptanmamıştır. Buna karşın literatür incelendiğinde bakım verenin yaşı ile algıladıkları bakım yükü arasındaki ilişkinin çelişkili olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda algılanan bakım yükü ile yaş arasında negatif yönde ilişki bildirilmiş iken [131,132], bazı çalışmalarda ise pozitif yönde ilişki bildirilmiştir [133,134]. Bakım verenlerin medeni durumuna göre algıladıkları bakım yükünde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bekdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da algılanan bakım yükünün medeni duruma göre farklılaşmadığı bildirilmiştir. Bakım verenlerin gelir durumunun bakım yükünde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı saptanmıştır [127]. Çalışmamızdan elde edilen sonuçla benzer şekilde Bekdemir ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmada gelir durumunun bakım yükünde anlamlı bir farklılığa neden olmadığını bildirmişlerdir [127]. Kronik rahatsızlığı olan bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Chang ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin sağlık sorunları ile bakım veren yükü arasında ilişki olduğu bildirilmiştir [135].

Evde bakım eğitimini hemşireden aldığını ifade eden bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükünün evde bakım eğitimini doktordan alanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Profesyonel sağlık hizmeti sağlayıcıları, bakıcıların sağlığı ve refahı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir [136]. Hemşireler birincil bakıcıları eğitebilir ve bakımla ilgili faaliyetlere yardımcı olarak bakıcıları destekleyebilir. Dolayısıyla hemşireler, bakım verenlerin yükünü azaltmada önemli bir role sahiptir [137]. Hemşireler, bakım veren yükünü erken teşhis etmek ve bakım verenlerin bakım vermenin olumsuz etkilerinden kaçınmasına/en aza indirmesine yardımcı olmak için en iyi konumdadır [138]. Hemşireler ev ziyaretleri sırasında bakım verenleri gözlemlemeli ve onları bakım veren yükü riski açısından değerlendirmelidir [137,138]. Bakım veren yükü tespit edildiğinde, bakım verenlerin üstlendikleri yüke ilişkin algıları uygun müdahalelerle hafifletilebilir [138].

Hastanın eşi, anne-babası ve diğer yakınlarının algıladığı bakım verme yükünün, hastanın çocuğu ve kardeşi olanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, eş ve anne-babaların ya da diğer yakınların, hastanın çocuğu veya

kardeşi olanlara göre bakım verme sürecinde daha fazla yük hissettiğini işaret eder. Bu bulgu, özellikle hastanın eşi, anne-babası veya diğer yakınları gibi grupların bakım verenlerinin psikolojik ve fiziksel sağlıklarının desteklenmesi gerektiğini vurgular. Bakım verme sürecindeki bu yük farklılıkları, bakım hizmetlerinin planlanması ve destek programlarının geliştirilmesi için önemli veriler sunar.

İlk-ortaöğretim mezunu olan hastalara bakım verenlerde algılanan bakım yükünün anlamlı şekilde yüksek olduğu, okuryazar olmayan ve okuryazar olan hastalara bakım verenlerde algılanan bakım yükünün anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, ilk-ortaöğretim mezunu olan hastaların bakım verenlerinin, okuryazar veya okuryazar olmayan hastalara bakım verenlere göre daha fazla yük hissettiğini işaret eder. Bu bulguların birkaç olası açıklaması olabilir;

- İlk-ortaöğretim mezunu olan hastalar, daha yüksek eğitim seviyeleri nedeniyle daha fazla bakım veya destek talep edebilirler. Bu da bakım verenlerin yükünü artırabilir.
- Bakım verenler, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla çaba harcayabilirler. Bu da algılanan bakım verme yükünü artırabilir.
- Daha eğitilmiş hastalar, sağlık durumları ve bakım ihtiyaçları hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirler ve bu bilgiyi bakım verenlere ileterek, bakım sürecini daha karmaşık hale getirebilirler.

Geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün geliri giderinden az olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Geliri giderine denk olan hastalar, bakım kalitesi ve düzeyi konusunda daha yüksek beklentilere sahip olabilirler. Bu, bakım verenlerin üzerindeki baskıyı artırabilir ve bakım verme yükünü daha yüksek hissetmelerine neden olabilir. Geliri giderine denk olan hastaların, sağlık ve bakım hizmetlerine daha fazla kaynak ayırabilmeleri, bakım sürecinin daha karmaşık ve zaman alıcı hale gelmesine yol açabilir. Bu da bakım verenlerin daha fazla efor harcamasına ve dolayısıyla daha yüksek bir bakım verme yükü algılamalarına neden olabilir. Bu bulgu, bakım verenlerin psikolojik ve fiziksel sağlığının desteklenmesi gerektiğini vurgular. Gelir durumu, bakım verenlerin hissettiği yükü etkileyen önemli bir faktördür ve bu durum, bakım hizmetlerinin planlanmasında dikkate alınmalıdır. Bakım verenlere yönelik destek programları ve eğitimler, algılanan bakım yükünün azaltılmasına

yardımcı olabilir. Özellikle geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin, bu süreçte daha fazla desteklenmesi gerekebilir [139].

Çalışmamız sonucunda bakım verenlerin kendine zaman öz yeterlilik düzeyinin en yüksek, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ise en düşük olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde çalışmamızdan farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Hebdon ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin kendine zaman öz yeterlilik düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir [140]. Mystakidou ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada da bakım verenlerin kendine zaman öz yeterliliklerinin düşük olduğu bildirilmiştir [141]. Bu bulgular, farklı hasta grupları ve bakım verme bağlamları göz önüne alındığında, bakım verenlerin kendine zaman ayırma öz yeterliliğinin değişkenlik gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Bu da, bakım verenlerin ihtiyaçlarının daha derinlemesine anlaşılması ve farklı destek stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Bakım verenlerin yaşı ile bakıma yönelik öz yeterlilik alt boyutlarından kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette ($r = ,182$; $p < 0,05$) ilişki saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle bakım verenlerin yaşı arttıkça kendine zaman öz yeterlilik düzeyleri de anlamlı şekilde artmaktadır. D'Souza ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaş ile bakıma yönelik öz yeterlilik arasında pozitif yönde ilişki bildirilmiştir. ([142]. Diğer bir ifadeyle bakım verenlerin yaşı arttıkça kendine zaman öz yeterlilik düzeyleri de anlamlı şekilde artmaktadır.

Bekar olan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin evli ve dul olanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Depp ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde bekar olanlarda bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin evli olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır [143]. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda bekar bireylerin daha fazla bağımsızlık deneyimlemesi, bazı yönlerden öz yeterliliklerini artırabilirken, duygusal zorluklarla baş etmede daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları görülmektedir.

Geliri giderine denk olan bakım verenlerin kendine zaman öz yeterliliğinin geliri giderinden az olanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmamızdan elde edilen sonuçla benzer şekilde Yeung ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi ile bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyi arasında pozitif ilişki bildirilmiştir [144].

Çocuğu olan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin ve genel olarak bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin çocuğu olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuğu olan bireyler, çocuk yetiştirme sürecinde çeşitli zorluklar ve sorumluluklarla başa çıkma konusunda deneyim kazanmaktadırlar. Bu deneyimler, bakım verme sürecinde karşılaştıkları zorlukları daha iyi yönetmelerine ve bu süreçte daha yetkin hissetmelerine katkıda bulunabilir. Çocuğu olan bakım verenler, genellikle daha geniş bir sosyal destek ağına sahip olabilirler. Bu destek ağı, stresli durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve öz yeterlilik düzeylerini artırabilir.

Çalışmamız sonucunda sigara kullanmayan bakım verenlerin REBYÖ ölçeğine ait tüm alt boyutlarının sigara içenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Merluzzi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sigara içmeyen bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir [145]. MacDougall ve Steffen yapmış oldukları çalışmada çalışmamızdan elde edilen sonuçtan farklı olarak sigara içenlerde bakıma yönelik öz yeterlilik algısının daha yüksek olduğunu, sigarayla stresle başa çıkma için kullandıklarını bildirmişlerdir [146]. Sonuç olarak, sigara içmeyenlerin daha yüksek öz yeterlilik düzeylerine sahip olması, sigaranın stresle başa çıkmada sürdürülebilir bir yöntem olmadığını ve uzun vadede öz yeterlilik algısını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Ancak, farklı çalışmalarda sigara içen bireylerde öz yeterlilik algısının yüksek olduğu bulgular da göz önüne alındığında, bu konuda bireysel ve bağlamsal faktörlerin dikkate alınması önemlidir.

Hasta bakımı hakkında eğitim alanların bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta bakımı hakkında eğitim almayanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Terui ve arkadaşları hasta bakım eğitimi almanın bakıma yönelik öz yeterlilik algısında artış sağlayacağını ifade etmişlerdir [147]. Eğitim almış bakım verenler, bakım sürecindeki olası zorluklara karşı hazırlıklı olabilir ve bu da onların duygusal olarak daha güçlü kalmalarını sağlar. Eğitim, ayrıca, bakım süreçlerine dair daha geniş bir bilgi ve beceri seti sunarak bakım verenlerin hem kendilerine hem de hastalarına daha iyi bakabilmelerini mümkün kılar. Bu da genel öz yeterlilik algısının artmasına katkıda bulunur. Eğitim almayanlar ise bu tür stratejilere sahip olmadıklarından daha fazla stres yaşayabilir ve kendilerine olan güvenleri düşük olabilir. Sonuç olarak, hasta bakımı hakkında eğitim almanın öz yeterlilik algısını artırdığı açıktır. Bu, bakım verenlerin bakım süreçlerine dair bilgi eksiklerini gidermelerine, stresli

durumlarla daha etkili başa çıkmalarına ve genel olarak kendilerine daha fazla güven duymalarına olanak tanır. Dolayısıyla, bakım verenlere yönelik eğitim programlarının yaygınlaştırılması hem bakım kalitesini artırabilir hem de bakım verenlerin psikolojik refahını destekleyebilir.

Günlük 8 saatten fazla bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliği ve toplam öz yeterlilik düzeyinin hasta/yaşı bireyin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mathur ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde günlük bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin öz yeterlilik algısının da arttığı bildirilmiştir [148]. Günlük bakım verme süresi arttıkça, bakım verenlerin deneyimleri de artar. Bu artan deneyimle birlikte, bakım verenler karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada daha etkili stratejiler geliştirebilirler. Özellikle duygusal olarak zorlayıcı durumlar karşısında daha hazırlıklı ve dirençli olabilirler. Bakım sürecinde edindikleri deneyimler sayesinde bakım hakkındaki üzücü düşünceleri kontrol etme becerileri gelişebilir, bu da genel öz yeterlilik düzeylerini artırabilir. Uzun süreli bakım verenler, bakım sürecine daha fazla alıştıkça, bu durumu bir rutin haline getirirler. Bu da, bakım sürecinde yaşanan stresin daha yönetilebilir hale gelmesine katkıda bulunabilir. Bakım verme süresi arttıkça, bireyler bu role daha fazla uyum sağlar ve bu da onların kendilerine olan güvenlerini artırabilir. Uzun süreli bakım verme, aynı zamanda bakım veren ile hasta/yaşlı birey arasında daha güçlü bir bağın oluşmasına da yol açabilir. Bu duygusal bağ, bakım verenin rolünü daha anlamlı kılabilir ve sorumluluk hissini artırabilir. Bu tür duygusal bağlılık ve sorumluluk, bireylerin kendi becerilerine daha fazla güven duymalarına ve zorlayıcı düşünceleri daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir. Sonuç olarak, günlük 8 saatten fazla bakım verenlerin öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olması, deneyim kazandıkça kendilerine olan güvenlerinin arttığını ve bakım sürecinde karşılaştıkları zorlukları daha iyi yönetebildiklerini göstermektedir. Ancak, uzun süreli bakım verenlerde tükenmişlik riski de göz önünde bulundurulmalı ve bu kişilere psikososyal destek sağlanması önem arz etmektedir.

Kadın hastalara bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin erkek hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Yeung ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da kadın hastalara bakım verenlerin bakıma yönelik öz yeterlilik düzeyinin erkek hastalara bakım verenlerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir [144]. Kadın hastalara bakım verenler, hastalarla daha derin bir empati ve duygusal bağ kurabiliyor olabilirler. Toplumsal cinsiyet rolleri gereği,

kadınların duygularını daha açık ifade ettikleri veya duygusal destek bekledikleri varsayılabilir. Bu durum, bakım verenlerin kadın hastalarla daha iyi bir iletişim ve anlayış geliştirmesine olanak tanıyabilir. Daha iyi bir iletişim, bakım sürecinde ortaya çıkan üzücü düşüncelerin daha kolay yönetilmesini sağlayarak öz yeterlilik düzeyini artırabilir. Toplumsal normlar ve beklentiler, erkek hastalara bakım vermeyi daha zorlayıcı hale getirebilir. Erkek hastalar, yardım almak konusunda kadınlara kıyasla daha çekingen ya da bağımsız olma eğiliminde olabilirler. Bu durum, bakım verenlerin daha fazla stres ve zorlayıcı duygular yaşamasına neden olabilir. Kadın hastalar ise genellikle daha fazla duygusal destek bekleyebilir ve bu da bakım sürecini daha kolay yönetilebilir hale getirebilir. Erkek ve kadın hastalar arasında bakım sürecindeki ihtiyaçlar farklılık gösterebilir. Kadın hastaların bakım süreçlerinde karşılaşılan zorluklar daha tanıdık veya daha az stresli olabilir. Erkek hastaların bakımında ise fiziksel ya da duygusal anlamda daha fazla zorluk yaşanabilir. Bu farklılıklar, bakım verenlerin öz yeterlilik düzeylerini etkileyebilir. Sonuç olarak, kadın hastalara bakım verenlerin üzücü düşünceleri kontrol etme öz yeterliliklerinin daha yüksek olması, bakım sürecinde cinsiyetin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Kadın hastalarla empati ve iletişimin daha güçlü olması, bakım verenlerin bu süreci daha iyi yönetmelerine katkıda bulunabilir. Erkek hastalara bakım verenlerin ise daha fazla desteğe ihtiyaç duyabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Geliri giderine denk olan hastalara bakım verenlerin rahatsız edici hasta davranışları karşı yanıt öz yeterliliği düzeyinin geliri giderinden az olan hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu birkaç önemli faktörle açıklanabilir:

- Gelirleri giderlerine denk olan hastalar, mali açıdan daha güvenli bir konumda olabilirler. Bu durum, bakım verenlerin mali stresini azaltabilir ve rahatsız edici hasta davranışlarına karşı daha iyi bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Mali güvence, bakım verenlerin dikkatlerini hasta bakımı üzerine odaklamalarını kolaylaştırabilir ve böylece öz yeterlilik düzeylerini artırabilir.
- Gelirleri giderlerine denk olan hastalar, bakım sürecinde daha fazla kaynak ve destek sağlayabilirler. Bu kaynaklar (örneğin, evde bakım hizmetleri, terapötik ekipmanlar, profesyonel danışmanlık) bakım verenlerin iş yükünü hafifletebilir ve onların daha etkili bir şekilde tepki vermelerine olanak tanıyabilir.
- Mali güvence, bakım verenlerin psikolojik güvenliğini artırabilir. Mali açıdan daha güvende hisseden bakım verenler, stres ve kaygı düzeylerini daha iyi

yönetebilir ve böylece rahatsız edici davranışlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilirler. Bu durum, onların yanıt öz yeterliliklerini yükseltebilir.

- Gelirleri giderlerine denk olan hastalar, bakım verenlerin eğitim ve bilgilendirme kaynaklarına erişimini daha fazla destekleyebilir. Bu eğitimler, bakım verenlerin rahatsız edici davranışlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmelerine yardımcı olabilir ve böylece öz yeterliliklerini artırabilir.

Bu çalışma sonucunda bakım yükü ile kendine zaman öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve çok düşük şiddette ($r = ,158$; $p < 0,05$), rahatsız edici hasta davranışlarına karşı yanıt öz yeterliliği arasında pozitif yönde ve düşük şiddette ($r = ,276$, $p < 0,001$), bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrol öz yeterliliği arasında ise negatif yönde ve düşük şiddette ($r = -,216$; $p < 0,05$) ilişki saptanmıştır. Yıldız ve arkadaşları tarafından yapılan tanımlayıcı çalışmada kanser tanısı alan hastaların bakıcılarının öz yeterlilik düzeyleri ile bakım verme yükü düzeyleri incelenmiştir. Çalışma, Erzurum ilindeki bir hastanenin onkoloji kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, kanser tanısıyla hastaneye yatırılan hastaların 101 bakım vereni oluşturmuştur. Çalışma sonucunda kanser tanısı almış hastalara bakım verenlerin bakım yükü düzeyi ve öz yeterlilik düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Bakım Yükü Ölçeği ve Davranışları Tamamlama Alt Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.213$; $P < .05$). Bakım Yükü Ölçeği ortalama puanları ile Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ($r = -0.104$; $P < .05$), Davranış Sürdürme Alt Ölçeği ($r = -0.324$; $P < .01$) ve Davranış Başlatma Alt Ölçeği ($r = -0.199$; $P \leq .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif bir ilişki saptanmıştır[24] .

5.3. Öneriler

Bu sonuçlardan hareketle, bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak ve öz yeterliliği arttırmak için çeşitli önerilerde bulunabilir:

- Evde bakım eğitimini hemşirelerden alan bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, bakım verenlerin kapsamlı ve etkili eğitim ihtiyaçlarını vurgular. Hemşirelerin yanı sıra, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından da kapsamlı ve uyumlu eğitimler verilmesi, bakım verenlerin yükünü hafifletebilir ve bakım kalitesini artırabilir.

- Bakım verenlerin karşılaştıkları zorluklar hakkında daha fazla bilgi edinmelerini sağlamak ve pratik çözümler sunmak amacıyla özel destek programları oluşturulabilir.
- Yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin yaşlarının bakım yükü ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Ancak, eğitim durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlere, temel bakım becerileri ve stres yönetimi konularında daha fazla eğitim ve destek sağlanabilir.
- İlk-ortaöğretim mezunu bakım verenler için özel eğitim programları düzenlenebilir ve okuryazarlık seviyelerini artıracak destekleyici programlar sunulabilir.
- Gelir durumuyla bakım yükü arasındaki ilişki dikkate alındığında, gelir-gider dengesini sağlamakta zorluk çeken bakım verenler için finansal destek mekanizmaları geliştirilebilir. Bu destek hem maddi hem de manevi olabilir, böylece bakım yükünü azaltabilir.
- Öz yeterlilik düzeyini artırmak için, bakım verenlerin kendine zaman ayırabilmelerini sağlayacak stratejiler oluşturulmalıdır. Ayrıca, bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü konusunda daha fazla psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri sunulabilir.
- Çocuğu olan bakım verenlerin bakım hakkındaki üzücü düşüncelerin kontrolü öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, çocuklu bakım verenlere yönelik özel destek programları ve kaynaklar sağlanabilir.
- Sigara içmeyen bakım verenlerin öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanımının sağlık ve öz yeterlilik üzerindeki etkilerini azaltmak için sigarayı bırakma programları teşvik edilebilir ve sigara içmenin olumsuz etkileri hakkında farkındalık yaratılabilir.
- Bakım verenler, yoğun bakım yükü altında kendilerine zaman ayırmanın önemini fark ederek bu konuda daha fazla çaba gösterebilirler.
- Bu ilişki çok düşük şiddette olduğu için, bu bulgunun pratikte büyük bir etkisi olmayabilir ancak farkındalık yaratabilir.

Bakım yükü arttıkça, bakım verenler bu davranışlarla daha sık karşılaşmakta ve bu durumla başa çıkma konusunda daha deneyimli ve yetkin hale gelmektedirler.

- Yoğun bakım yükü altında, bakım verenler bu tür durumlarla başa çıkma konusunda daha fazla strateji geliştirebilirler.

- Yoğun bakım yükü, bakım verenlerin stres ve üzüntü seviyelerini artırabilir ve bu da üzücü düşünceleri kontrol etme yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebilir.
- Bakım verenler, artan bakım yükü altında psikolojik olarak daha fazla zorlanabilir ve bu da üzücü düşüncelerle başa çıkma konusunda zorluk yaşamalarına neden olabilir.

Sonuç olarak, bakım yükü ile farklı öz yeterlilik türleri arasındaki ilişkiler, bakım verenlerin desteklenmesi gereken alanları ortaya koymaktadır. Bu bulgular, bakım verenlerin ihtiyaçlarını daha iyi anlamak ve onlara uygun destek mekanizmaları geliştirmek için önemli bilgiler sunmaktadır.



KAYNAKÇA

- [1] Taşdelen, P. ve Ateş, P. (2012). 'Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi'. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(3), 22-29.
- [2] Özkan, Ç. G., Bayrak, B. ve Demirbağ, B. C. (2022). 'Ev ortamında yatağa bağımlı hastanın bakım vericilerinin bakım yükü ve kaygı düzeyine yönelik hemşirelik girişimleri'. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 4(1), 89-101.
- [3] Çoban Sıkılmaz, D. (2018). Evde yatağa tam bağımlı hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- [4] Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr> 1 Eylül 2023.
- [5] Soyanıt, Ş. ve Aydın Avcı, İ. (2021). 'Göçmen bireylere bakım verenlerin bakım yükü ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi'. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(1), 59-67.
- [6] Kasımoğulları, E. (2020). Yatağa bağımlı bireylere bakım verenlerin yaşam doyumu ve özbakım gücü ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- [7] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev, 84, 191–215.
- [8] Şireci, E. ve Yılmaz Karabulutlu, E. (2017). 'Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi'. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1), 48-55.
- [9] Gümüş Demir, Z. ve Akoğlu, B. (2023). 'Alzheimer hastalarına bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, öz yeterlilik ve psikolojik yardım arama tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi'. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 16(1), 6-40.
- [10] Bilgiç, Ş., Temel, M. ve Çelikkalp, Ü. (2017). 'Hemşirelik öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük, öz yeterlilik ve umut düzeylerinin değerlendirilmesi: Tekirdağ örneği'. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 4(3), 117-126.
- [11] Yılmaz Koçak, M. ve Büyükyılmaz, F. (2019). 'Hemşirelerin Öz-Yeterlilik Algıları ile Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi'. Journal of Academic Research in Nursing (JAREN), 5(3), 169-177.
- [12] Gözde Sezgin, M. ve Bektaş, H. (2021). 'Lenfoma Hastalarıyla Yaşayan Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü'. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 8(1), 1-14.
- [13] Grad, J. and Sainsbury, P. (1963) 'Mental illness and the family'. Lancet (London, England), 1(7280), 544–547.

- [14] Çevik Özdemir, H. N. ve Şenol, S. (2019). 'Bakım Yüğü Değerlendirme Ölçeklerine Sistematik Bir Bakış'. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(2), 61-68.
- [15] Rafiyah, I. (2011). 'Burden On Family Caregivers Caring For Patients With Schizophrenia and Its Related Factors'. Nurse Media Journal of Nursing, 1(1), 29-41.
- [16] Işıkkhan, V. (2018). 'Kurumda Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Bakım Yüğü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi'. Toplum ve Sosyal Hizmet, 229(1),1-26.
- [17] Kalınkara, V. ve Kalaycı I. (2017). 'Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik'. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10(2), 19- 39.
- [18] Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, A. and Pancorbo-Hidalgo, P. (2011). 'Coping And Subjective Burden in Caregivers of Older Relatives: A Quantitative Systematic'. J Adv Nurs. 67(11), 2311–2322.
- [19] Ural, Z. ve Ayyıldız, M. (2021). 'Evde Bakım Vericilerin Bakım Vermedeki Yeterlilik Düzeyleri ile Bakım Yüğülerinin Karşılaştırılması'. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (1), 163-172.
- [20] Roopchand-Martin, S. and Creary-Yan, S. (2014). 'Level of Caregiver Burden in Jamaican Stroke Caregivers And Relationship Between Selected Sociodemographic Variables'. The West Indian Medical Journal, 63(6), 605–609.
- [21] Bekdemir, A. and İlhan, N. (2019). 'Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients'. The Journal of Nursing Research, 27(3), e24.
- [22] Rafiq, M. and Sadiq, R. (2019). 'Caregivers Stress and Quality of Life Among Female Family Members of Poly Drug Abusers. RMJ, 44(1), 106-8.
- [23] Uğur, G. ve Çatıker, A. (2019). 'Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi'. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35(3), 115-122.
- [24] Yıldız, E., Karakaş, S. A., Güngörmüş, Z. and Cengiz, M. (2017). 'Levels of Care Burden and Self-efficacy for Informal Caregiver of Patients With Cancer'. Holistic Nursing Practice, 31(1), 7–15. <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000185>
- [25] Etters, L., Goodall D. and Harrison, B. (2008). 'Caregiver Burden Among Dementia Patient Caregivers: A Review of The Literature'. Journal of The American Association of Nurse Practitioners, 20(8), 423-428. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.
- [26] Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. B. and Naylor, M. D. (2014). 'Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Elderly Adults At Time of Hospitalization:

A Cross-Sectional Analysis'. Journal of The American Geriatrics Society, 62(2), 276-284. doi:10.1111/jgs.12657.

[27] Atak, T. ve Özekes, M. (2019). 'Demanslı Hastalarla İlgilenen Aile Üyelerinin Bakım Veren Yükünün İncelenmesi'. Ege Eğitim Dergisi, 20(1),145-61.

[28] Erişen, M. ve Sivrikaya, S. K. (2017). 'Manevi Bakım ve Hemşirelik'. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 184-190.

[29] Vieira, H. F., Bezerra, A. L. D., Sobreira, M. V. S., Ankilma, J. B. S., Feitosa, D. N. A. and Paraíba, F. S. M. C. (2015). 'Nursing Care Patient Bedridden in Household: A Systematic Review'. FIEP Bulletin, 85, 253-257.

[30] Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük (7.bs.). Ankara: Türk Dil Kurumu, 2019.

[31] Altıok, ÖH., Şengün, F. ve Üstün, B. (2011). 'Bakım: Kavram Analizi'. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(3),137-140.

[32] Aktaş, A. (2013) Spinalkord (Omurilik) Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenleri: Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karışıklığının Biçimlendirici ve Temel Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

[33] İnci, F.H. ve Erdem, M. (2008). 'Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği'. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4), 85-95.

[34] Russell, R. (2008). 'Their Story, My Story: Health Of Older Men As Caregivers'. Generations, 32(1), 62-67.

[35] Akpınar B. (2009). 'Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi'. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

[36] Çoban, M., ve Esatoğlu, AE. (2009). 'Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış'. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law History, 12(2): 109-120.

[37] Demirsoy, N. (2017). 'İstanbul Kadı Sicillerinden Bir Örnek Evde Bakım İçin Bir Başlangıç Tarihi: 1766 Tarihli Bir Belge'. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2017, 21 (2): 66-73.

[38] Özer, Ö. ve Şantaş, F. (2012). 'Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı'. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 96-103.

[39] Solmaz, T. ve Altay, B. "Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri", Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6(2), 150-157.

- [40] Leff, B., Carlson, C.M., Saliba, D. and Ritchie, C. (2015). 'The Invisible Homebound: Setting Quality of Care Standards For Home-Based Primary and Palliative Care'. Health Affairs, 34(1), 21-29.
- [41] Doğusan, A. R. (2019). 'Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri İle İlgili Mevzuat Ve Gelişimi', Ankara Medical Journal, 19(3), 684-693
- [42] Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (2015). T.C. Resmi Gazete, 29280, 27 Şubat 2015.
- [43] Akdemir, N. (2000). 'Yaşlılarımızın Bakım Sorunları İvedilikle Çözümlemelidir'. Türk Geriatri Dergisi, 3(4), 169.
- [44] Bekdemir, A. (2014). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Yükünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [45] Öztıp, H., Şener, A. ve Güven, S. (2008). 'Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yönleri'. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1(1), 39-49.
- [46] Altuntaş, M., Yilmazer, T., Güçlü, Y. ve Öngel, K. (2010). 'Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri'. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 20, 153-8.
- [47] <https://saglik.ibb.istanbul/saglik-ve-hifzissihha-mudurlugu/evde-saglik-hizmeti> (Erişim Tarihi 11 Eylül 2023).
- [48] Yilmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S. ve Erdem, S. (2010). 'Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı'. İstanbul Tıp Dergisi, 11(3), 125-32.
- [49] Ünlüoğlu, İ. ve Saatçı, E. (2015). Aile Hekimliğinde Evde Bakım. İstanbul: Akademi Yayınevi.
- [50] Özlü, A., Yıldız, M. ve Aker, T. (2009). 'Zarıt bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması'. Nöropsikiyatri Arşivi, 46,38-42.
- [51] Zaybak, A., Güneş, Ü.Y., İsmailoğlu, E.G. ve Ülker, E. (2012). 'Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi'. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1), 48-54.
- [52] Alpteker, H. (2008). 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [53] Öner, İ.Ö. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [54] Bandura, A. (1998). 'Self-Efficacy. In Encyclopedia of Human Behaviour'. New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press.
- [55] Maddux, J. E. (2002). Self-Efficacy: The Power of Believing You Can. In C. R. Snyder S. J. Lopez (Eds.), Handbook of Positive Psychology (p 277–287). Oxford University Press
- [56] Schwarzer, R. (Ed.). (1992). Self-Efficacy: Thought Control of Action (1st ed.). Taylor Francis.
- [57] Hasan, M.Z.B., Hossain, T. B. and Islam, A. (2014). 'Factors Affecting Self-Efficacy Towards Academic Performance: A Study On Polytechnic Students in Malaysia'. Advances in Environmental Biology, 695-706.
- [58] Hattie, J. and Timperley, H. (2007). 'The Power of Feedback. Review of Educational Research'. 77, 81–112.
- [59] Bandura, A. and Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioural change. Cognitive therapy and research, 1(4), 287-310.
- [60] Heslin, P.A. and Klehe, U.C. Self-efficacy. In S. G. Rogelberg (Ed.). (2006). Encyclopedia of Industrial/Organizational Psychology (Vol. 2, pp. 705-708). Thousand Oaks: Sage.
- [61] Bandura, A. (1995). Değişen Toplumlarda Öz-Yeterlik. New York: Cambridge University Press.
- [62] Stajkovic, A. D. and Luthans, F. (1998). Social Cognitive Theory and Self-Efficacy: Goin Beyond Traditional Motivational and Behavioural Approaches. Organizational Dynamics, 26(4), 62-74.
- [63] Bandura, A. (1992) Social Cognitive Theory of Personality. Handbook of Personality, 2, 154-96.
- [64] Nabavi, R.T. (2012). 'Bandura's Social Learning Theory Social Cognitive Learning Theory'. Theory of Developmental Psychology, 1(1), 1-24.
- [65] Pajares, F. and Schunk, D. (2005). Self-Efficacy and Self-Concept Beliefs. New Frontiers for Self-Research, March H. Craven R, McInerney D (eds.). Greenwich, CT, IAP.
- [66] Kok, G., Den Boer, D. J., De Vries, H., Gerards, H. J. H. and Mudde, A. N. (2014). 'Self-efficacy and attribution theory'. Ralf Schwarzer (Eds.), Self-efficacy: Thought Control of Action (pp. 245-263). New York, USA: Taylor & Francis Group
- [67] Seligman, M. E., Rashid, T. and Parks, A. C. (2006). 'Positive psychotherapy'. American Psychologist, 61(8), 774.

- [68] McElroy, H. (2001). 'Male Caregivers of Spouses with Alzheimer's Disease: Risk Factors and Health Status'. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(3), 167-175.
- [69] Deeken, J.F., Kathryn, L.D., Patricia, M., Yabroff, K.R. and Ingham, J.M. (2003). 'Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers'. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 922-953.
- [70] Şahin, M., Özer, C., Ölüç, F., ve Tunç, Z. (2005). 'Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Demans ve Depresyon'. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(1), 259-251.
- [71] Ory, M. G., Hoffman III, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S. and Schulz, R. (1999). 'Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia And Nondementia Caregivers'. *The Gerontologist*, 39(2), 177-186.
- [72] Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. and Fleissner, K. (1995). 'Psychiatric And Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Corraletes and Causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-79
- [73] Connell, C. M., and Gallant, M. P. (1999). 'Caregiver Health Behavior: Review, Analysis, and Recommendations for Research'. *Activities, Adaptation & Aging*, 24(2), 1–16. https://doi.org/10.1300/J016v24n02_01
- [74] Özdilek, B.F. (2008). Parkinson Hastalığında Motor ve Motor Olmayan Bulguların Bakım Veren Yaşam Kalitesi ve Külfet Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- [75] Gräsel, E., Chiu, T., and Oliver, R. (2003). Development and Validation of The Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). COTA Comprehensive Rehabilitation and Mental Health Services, Toronto, Ontario, Canada.
- [76] Altun, İ. and Ersoy, N. (1998). Perspective On Old Age in Turkey. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 8:143-145.
- [77] Zarit, S., Reeve, K. and Bach-Peterson, J. (1980). 'Relatives of The Impaired Elderly: Corraletes of Feeling of Burden'. *Gerontologist*, 20, 649-655.
- [78] Küçükgüçlü, Ö. (2004). Bakım Verenlerin Yüğü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik Güvenilirliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [79] Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastroforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C. and Capurso, A. (2005). 'Predictors of High Level Of Burden and Distress in Caregivers Of Demented Patients: Results Of An Italian Multicenter Study'. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(2), 168-174.

- [80] Serrano-Aguilar, P.G., Lopez-Bastida, J. and Yanes-Lopez, V. (2006). 'Impact On Health-Related Quality of Life and Perceived Burden of Informal Caregivers of individuals With Alzheimer's Disease'. *Neuroepidemiology*. 27(3):136–142.
- [81] Germain, S., Adam, S., Olivier, C., Cash, H., Ousset, P. J., Andrieu, S., and Salmon, E. (2009). 'Does Cognitive Impairment Influence Burden in Caregivers of Patients With Alzheimer's Disease'. *Journal of Alzheimer's disease*, 17(1), 105-114
- [82] Dellmann-Jenkins, M., Blankemery, M. and Pinkard, O. (2000). 'Young Adult Children and Grandchildren in Primary Caregiver Roles To Older Relatives and Their Service Needs'. *Family Relations*. 49, 177-186
- [83] Hope, T., Keene, J., Gedling, K., Fairburn, C.G. and Jacoby, R. (1998). 'Predictors of Institutionalization for People With Dementia Living At Home With A Carer. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 682-690
- [84] Toseland, R.W., Smith, G. and McCallion, P. (2001). "Family Caregivers of The Frail Elderly". Gitterman, A. (Eds), *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations* (548-582). New York, USA: In Columbia University Press, Second Edition.
- [85] Almberg, B., Grafstrom, M. and Winblad, B. (1997). 'Major Strain and Coping Strategies As Reported by Family Members Who Care for Aged Demented Relatives'. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 683–691
- [86] Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P. and Baumgarten, M. (2002). 'Gender Differences in Burden and Depression Among Informal Caregivers of Demented Elders in The Community'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154–163
- [87] Miller, B. and Cafasso, L. (1992). 'Gender Differences in Caregiving: Fact or Artifact?'. *The Gerontologist*, 32(4), 498–507.
- [88] Baker, K.L. and Robertson. N. (2008). 'Coping With Caring for Someone With Dementia: Reviewing The Literature About Men'. *Aging and Mental Health*. 12(4), 413-422.
- [89] Kim, H., Chang, M., Rose, K. and Kim, S. (2012). 'Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Individuals With Dementia'. *J Adv Nurs*, 68(4), 846-855.
- [90] Andren, S. and Elmstahl, S. (2007). 'Relationships Between Income, Subjective Health and Caregiver Burden in Caregivers of People With Dementia in Group Living Care: A Cross-Sectional Community-Based Study'. *Int J Nurs Stud*, 44, 435–446.
- [91] Molyneux, G.J., McCarthy, G.M., McEniff, S., Cryan, M. and Conroy, R.M. (2008). 'Prevalence and Predictors Of Carer Burden and Depression in Carers Of Patients Referred To An Old Age Psychiatric Service'. *International Psychogeriatrics*, 20(6), 1193-1202.

- [92] Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand, A. and Henrard, J.C. (2005). 'Beyond The Global Score of The Zarit Burden Interview: Useful Dimensions for Clinicians'. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20, 254–260
- [93] Prince, M., Brodaty, H., Uwakwe, R., Acosta, D., Ferri, C.P., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K.S., Llobre Rodriguez, J.J., Salas, A., Sosa, A.L., Williams, J.D., Jotheeswaran, A.T. and Liu, Z. (2012). 'Strain And Its Correlates Among Carers of People With Dementia in Low-Income and Middle-Income Countries. A 10/66 Dementia Research Group Population-Based Survey'. *Int J Geriatr Psychiatry*. 27, 670–682.
- [94] Van Den Wijngaart, M.A.G., Vernooij-Dassen, M.J.F.J. and Felling, A.J.A. (2007). 'The Influence of Stressors, Appraisal and Personal Conditions on The Burden of Spousal Caregivers of Persons With Dementia'. *Aging and Mental Health*, 11, 626-636.
- [95] Raschick, M. and Ingersoll-Dayton, B. (2004). 'The Relationship Between Care-Recipient Behaviors and Spousal Caregiving Stress'. *The Gerontologist*. 44(3), 318-327.
- [96] Hayes, J., Boylstein, C. and Zimmerman, M.K. (2009). 'Living And Loving With Dementia: Negotiating Spousal And Caregiver Identity Through Narrative'. *Journal of Aging Studies*, 23(1), 48-59.
- [97] Laditka, J. and Laditka, S.B. (2000). 'Aging Children And Their Older Parents: The Coming Generation Of Caregiving'. *Journal of Women and Aging*, 12(1/2), 189-204.
- [98] Jansson, W., Grafstrom, M. and Winblad, B. (1997). 'Daughters and Sons As Caregivers for Their Demented and Non-Demented Elderly Parents. A Part of A Population-Based Study Carried Out in Sweden'. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25(4), 289-295.
- [99] Meuser, T.M. and Marwit, S.J. (2001). 'A Comprehensive, Stage-Sensitive Model of Grief In Dementia Caregiving'. *The Gerontologist*, 41(5), 658-670.
- [100] Pinquart, M. and Sorensen, S. (2007). 'Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis'. *J Gerontol B-Psychol*, 62, 126–137.
- [101] Pearlin, L.I., Pioli, M.F. and McLaughlin, A.E. (2001). 'Caregiving by Adult Children: Involvement, Role Disruption, and Health'. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 5, 238–254.
- [102] Lee, J, Walker, M. and Shoup, R. (2001). 'Balancing Elder Care Responsibilities And Work: The Impact On Emotional Health'. *Journal of Business and Psychology*, 16(2), 277- 289.
- [103] Lopez, J., Lopez-Arrieta, J. and Crespo, M. (2005). 'Factors Associated With The Positive Impact of Caring for Elderly and Dependent Relatives'. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94.

- [104] Rosenthal, C.J., Hayward, L., Martin-Matthew, A. and Denton, M. (2004). 'Help To Older Parents and Parents-In-Law: Does Paid Employment Constrain Women's Helping Behavior?'. *Canadian Journal on Aging*, 23, 115-130.
- [105] Rands, G. (1997). 'Working People Who Also Care for The Elderly'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 39-44.
- [106] Pavalko, E.K. and Woodbury, S. (2000). 'Social Roles As Process: Caregiving Careers and Women's Health'. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 91-105.
- [107] Cannuscio, C.C., Colditz, G.A., Rimm, E.B., Berkman, L.F., Jones C.P. and Kawachi, I. (2004). 'Employment Status, Social Ties, and Caregivers'. *Mental Health Social Science and Medicine*, 58, 1247-1256.
- [108] Dang, S., Badiye, A. and Kelkar, G. (2008). 'The dementia caregiver- a primary care approach'. *South Med J.* Dec, 101(12), 1246-1251.
- [109] Kim, M.D., Hong, S.C., Leea, C., Kim, S.Y., Kang, I.O. and Leed, SY. (2009). Caregiver Burden Among Caregivers of Koreans With Dementia, *Gerontology*. 55, 106–113.
- [110] Mausbach, B.T., Aschbacher, K., Patterson, T., Ancoli-Israel, S., Yon Kanel, R. and Mills, P. (2006). Avoidant Coping Partially Mediates The Relationship Between Patient Problem Behaviors and Depressive Symptoms in Spousal Caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 299–306.
- [111] Gonyea, J., O'Connor, M., Carruth, A. and Boyle, P. (2005). 'Subjective Appraisal of Alzheimer's Disease Caregiving: The Role of Self-Efficacy and Depressive Symptoms in The Experience of Burden'. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20, 273–280.
- [112] Reed, C., Belger, M., Dell'agnello, G., Wimo, A., Argimon, J.M., Bruno, G., Dodel, R., Haro, J.M., Jones, R.W. and Vellas, B. (2014). Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: Differential Associations in Adult-Child and Spousal Caregivers in the Geras Observational Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, Feb 19, 4(1), 51-64.
- [113] Black, W. and Almeida, O.P. (2004). 'A Systematic Review of The Association Between The Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Burden of Care'. *Int Psychogeriatr*, 16, 295–315.
- [114] Miyamoto, Y., Tachimori, H. and Ito, H., (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nurs*, 31, 246–253.
- [115] Rocca, P., Leotta, D., Liffredo, C., Mingrone, C., Sigaud, M., Capellero, B., Rocca, G., Simoncini, M., Pirfo, E. and Bogetto, F. (2010). Neuropsychiatric Symptoms Underlying Caregiver Stress and Insight in Alzheimer's Disease. *Dement. Geriatr. Cogn Disord*, 30, 57–63.

- [116] Huang, S.S., Lee, M.C., Liao, Y.C., Wang, W.F. and Lai T.J. (2012). 'Caregiver Burden Associated With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Taiwanese Elderly'. *Arch Gerontol Geriatr*, Jul-Aug, 55(1), 55-59.
- [117] Gaugler, J.E., Kane R.L., Kane, R.A. and Newcomer, R. (2005). 'Unmet care needs and key outcomes in dementia'. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 2098–2105.
- [118] Allegri, R.F., Sarasola, D., Serrano, C.M., Taragano, F.E., Arizaga, R.L. and Butman, J. (2006). 'Neuropsychiatric Symptoms As A Predictor of Caregiver Burden in Alzheimer's Disease'. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2, 105–110.
- [119] Sink, K.M., Covinsky, K.E., Barnes, D.E., Newcomer, R.J. and Yaffe, K. (2006). 'Caregiver Characteristics Are Associated With Neuropsychiatric Symptoms of Dementia'. *J Am Geriatr Soc*, 54, 796–803.
- [120] Chan, D.C., Kasper, J.D. and Black, B.S. (2003). 'Prevalence and Correlates of Behavioral and Psychiatric Symptoms in Community-Dwelling Elders With Dementia or Mild Cognitive Impairment: The Memory and Medical Care Study'. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18, 174–182.
- [121] Ünsal, A. ve Ergül, N. (2010). 'Türkiye'deki Hemşirelik Araştırmalarında Kullanılan Veri Toplama Araçları'. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 432-438.
- [122] Adıgüzel, L. (2023). Yatağa Bağımlı Hastaların Bakım Vericileri İçin Öz yeterlilik Ölçeği Geliştirilmesi. Doktora Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [123] Çoban Sıkılmaz, D. (2018). Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [124] İnci, F. ve Erdem, M. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 85-95.
- [125] Steffen, A. M., Mckibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D. and Bandura, A. (2002). 'The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies'. *The Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), 74-86.
- [126] Özgül, E. (2020). Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [127] Bekdemir, A. and İlhan, N. (2019). 'Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients'. *Journal of Nursing Research*, 27(3), e24.

- [128] Yang, X.J., Zhu, L. and Chen, L.Q. (2019). 'Caring Burden and Its Influencing Factors Among Major Caregivers of Bedridden Patients'. *Chinese Journal of Public Health*, 35(11), 1565-1568.
- [129] Mamom, J. and Daovisan, H. (2022). 'Listening To Caregivers' Voices: The Informal Family Caregiver Burden of Caring for Chronically Ill Bedridden Elderly Patients'. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 567.
- [130] Mendes, P. N., Figueiredo, M. D. L. F., Santos, A. M. R. D., Fernandes, M. A., and Fonseca, R. S. B. (2019). 'Physical, Emotional and Social Burden of Elderly Patients' Informal Caregivers'. *Acta Paulista De Enfermagem*, 32, 87-94.
- [131] Andren, S. and Elmståhl, S. (2008). 'The Relationship Between Caregiver Burden, Caregivers Perceived Health and Their Sense of Coherence in Caring for Elders With Dementia'. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 790-799.
- [132] Jafari, H., Ebrahimi, A., Aghaei, A. and Khatony, A. (2018). 'The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients'. *BMC Nephrology*, 19, 1-8.
- [133] Fauziana, R., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Ong, H. L., Tan, M. E. and Subramaniam, M. (2018). 'Positive Caregiving Characteristics As A Mediator of Caregiving Burden and Satisfaction With Life in Caregivers Of Older Adults'. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(6), 329-335.
- [134] Razali, R., Ahmad, F., Abd Rahman, F. N., Midin, M. and Sidi, H. (2011). 'Burden of Care Among Caregivers of Patients With Parkinson Disease: A Cross-Sectional Study'. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 113(8), 639-643.
- [135] Chang, H.Y., Chiou, C.J. and Chen, N.S. (2010). 'Impact of Mental Health and Caregiver Burden on Family Caregivers' Physical Health'. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 267-271.
- [136] Yikilkan, H., Aypak, C. and Görpelioglu, S. (2014). 'Depression, Anxiety and Quality of Life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients'. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2014;28(3), 193-196.
- [137] Schulz, R. and Sherwood, P. R. (2008). 'Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving'. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 105-113.
- [138] Etters, L., Goodall, D. and Harrison, B. E. (2008). 'Caregiver Burden Among Dementia Patient Caregivers: A Review of The Literature'. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428
- [139] Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. and Lachs, M. S. (2014). 'Caregiver Burden: A Clinical Review'. *JAMA*, 311(10), 1052-1060

- [140] Hebbon, M. C. T., Coombs, L. A., Reed, P., Crane, T. E. and Badger, T. A. (2021). 'Self-Efficacy in Caregivers of Adults Diagnosed With Cancer: An Integrative Review'. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101933.
- [141] Mystakidou, K., Parpa, E., Panagiotou, I., Tsilika, E., Galanos, A. and Gouliamos, A. (2013). Caregivers' Anxiety and Self-Efficacy in Palliative Care. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 188-195.
- [142] D'Souza, M.S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S. and Cayaban, A. R. R. (2017). 'Self-Efficacy and Self-Care Behaviours Among Adults With Type 2 Diabetes'. *Applied Nursing Research*, 36, 25-32.
- [143] Depp, C., Sorocco, K., Kasl-Godley, J., Thompson, L., Rabinowitz, Y. and Gallagher-Thompson, D. (2005). 'Caregiver Self-Efficacy, Ethnicity, and Kinship Differences in Dementia Caregivers'. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 787-794.
- [144] Yeung, N. C., Ji, L., Zhang, Y., Lu, G. and Lu, Q. (2020). 'Caregiving Burden and Self-Efficacy Mediate The Association Between Individual Characteristics and Depressive Symptoms Among Husbands of Chinese Breast Cancer Patients'. *Supportive Care in Cancer*, 28, 3125-3133.
- [145] Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Vachon, D. O. and Heitzmann, C. A. (2011). 'Assessment of Self-Efficacy for Caregiving: The Critical Role of Self-Care in Caregiver Stress and Burden'. *Palliative Supportive Care*, 9(1), 15-24.
- [146] MacDougall, M. and Steffen, A. (2017). 'Self-Efficacy for Controlling Upsetting Thoughts and Emotional Eating in Family Caregivers'. *Aging Mental Health*, 21(10), 1058-1064.
- [147] Terui, S., Goldsmith, J. V., Wittenberg, E. and Alabere, R. (2024). User Experience and Evaluation of The Comfort Communication App for Nursing Education. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 42(4), 241-248.
- [148] Mathur, S., Chandran, S., Kishor, M., Prakrithi, S.N. and Rao, T.S.A. (2018). 'Comparative Study of Caregiver Burden and Self-Efficacy in Chronic Psychiatric Illness and Chronic Medical Illness: A Pilot Study'. *Archives of Mental Health*, 19(2), 115-122.

Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK2: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. **Yaş:** 2. **Boy:** 3. **Kilo:** 4. **Cinsiyet:** ☐ Kadın ☐ Erkek
5. **Medeni Durumunuz:** ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul
6. **Çocuğunuz var mı:** ☐ Var ☐ Yok
7. **Eğitim Durumunuz:** ☐ Okuryazar Değil ☐ Okuryazar ☐ İlk-Orta Öğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans-Lisans ☐ Lisansüstü ☐ Diğer:
8. **Çalışma Durumunuz:** ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum
9. **Gelir Durumunuz:** ☐ Gelir Giderden Az ☐ Gelir Gidere Denk ☐ Gelir Giderden Fazla
10. **Herhangi Bir Kronik Rahatsızlığınız Var mı?** ☐ Var ☐ Yok
11. **Sigara kullanıyor musunuz?** ☐ Evet ☐ Hayır
12. **Hastanızın Evde Bakımı Hakkında Eğitim Aldınız mı?** ☐ Evet ☐ Hayır
13. **12. Soruya Yanıtınız Evet İse Bu Eğitimi Kimden Aldınız?**
☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Teknisyen/Tekniker ☐ Firma Elemanı ☐ Sekreter ☐ Diğer:
14. **Hasta ile Yakınlık Düzeyiniz:** ☐ Eşiyim ☐ Anne-Babasıyım ☐ Çocuğuyum ☐ Geliniyim ☐ Kardeşiyim ☐ Büyük Anne-Büyük Babasıyım ☐ Diğer:
15. **Bakım Verme Süreniz:** ☐ 1 yıl altı ☐ 1-3 yıl ☐ 4-6 yıl ☐ 7 yıl ve üzeri
16. **Hastaya Nerede Bakım Vermektesiniz?** ☐ Hasta/yaşlı bireyin evinde ☐ Kendi evimde
17. **Günlük Bakım Verme Süreniz?** ☐ 8 saatten az ☐ 8 saatten fazla
18. **Hastanın Bakımında Size Yardımcı Bireyler Var mı?** ☐ Evet ☐ Hayır
19. **18. Soruda cevabınız Evet ise; hasta bakımında yardımcı olan kişiler hangi konularda yardımcı olurlar:** ☐ Parasal yardımlar ☐ Randevular ☐ Fiziksel bakımda yardım ☐ Ev temizliği ☐ Yemek ☐ Ulaşım-Transport işlemleri ☐ Diğer
20. **Hastanın Tanısı:** ☐ Tetra felç ☐ Doğuştan kalça kırıldak anomalisi ☐ Parkinson ☐ HT+DM+Felç ☐ SVO ☐ Meningosel+Hidrosel+Dekübit ☐ Beslenme Bozukluğu ☐ Alzheimer ☐ CA ☐ HT+DM+Kalp Hastalığı ☐ Böbrek Hastalığı ☐ HT+DM ☐ Diğer
21. **Hastanın yaşı:** 22. **Hastanın boyu:** 23. **Hastanın kilosu:**
24. **Hastanın cinsiyeti:** ☐ Kadın ☐ Erkek
25. **Hastanın eğitim durumu:** ☐ Okuryazar Değil ☐ Okuryazar ☐ İlk-Orta Öğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans-Lisans ☐ Lisansüstü ☐ Diğer:
26. **Hastanın gelir durumu:** ☐ Gelir Giderden Az ☐ Gelir Gidere Denk ☐ Gelir Giderden Fazla
27. **Hastanın sosyal güvencesi var mı?** ☐ Var ☐ Yok ☐ Yakınından yararlanıyor
28. **Hastanın sigara içme durumu :** ☐ Var ☐ Yok
29. **Hastanın engeli var mı?** ☐ Görme ☐ İşitme ☐ Konuşma ☐ Fiziksel ☐ Zihinsel ☐ Diğer ☐ Yok

Ek 3: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

EK:3 Bakım Verme Yüğü Ölçeği	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Geleceđin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Yakınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19. Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20. Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

Ek 4: Revize Edilmiş Bakıma Yönelik Öz Yeterlilik Ölçeği

[illegible]

[illegible]